COVERAGE MONITORING NETWORK

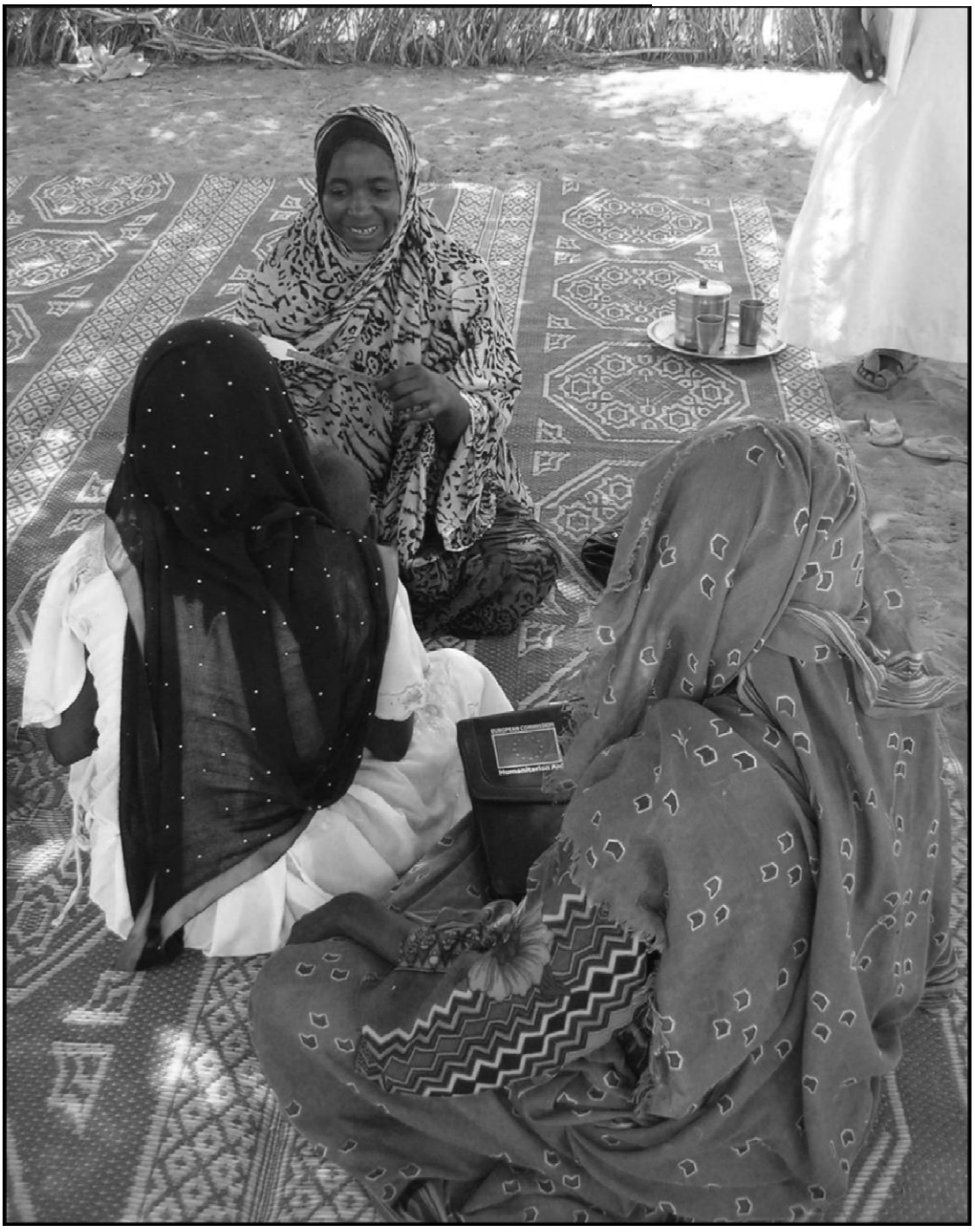
2013

COVERAGE ASSESSMENT

» SEMI-QUANTITATIVE EVALUATION OF ACCESS & COVERAGE

KANEM, TCHAD

SEPTEMBRE – OCTOBRE 2013



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE · ACF · Save the Children · CONCERN worldwide · International Medical Corps · Helen Keller INTERNATIONAL · VALID

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation : les autorités locales administratives et traditionnelles, le Directeur du Centre National de Nutrition et de Technologie Alimentaire (CNNTA) et son équipe, le Délégué Sanitaire Régional du Kanem, le Point focal Nutrition, les Médecins Chef des districts de Mao et de Mondo, les responsables de programmes nutrition, mobilisation communautaire et sécurité alimentaire, les personnels des centres de santé pour leur disponibilité et leur appui, les bénéficiaires interviewés, les communautés des villages enquêtés et les mères des enfants pour leur collaboration et leur hospitalité.
Nous tenons également à remercier l'équipe des enquêteurs, des chargés CNA/CNS et des animateurs de la mobilisation communautaire de la base ACF-Mao pour leur participation active et leur motivation; ainsi que le département logistique et administration, et les chauffeurs sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.
Enfin, nos remerciements au réseau de monitoring des évaluations SQUEAC pour la disponibilité et le support technique de Uwimana tout au long de cette évaluation SQUEAC.

ACRONYMES

ACF	Action Contre la Faim
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CDS	Centre de santé
CMN	Coverage Monitoring Network
CNA	Centre de nutrition ambulatoire
CNS	Centre de nutrition supplémentaire
CNT	Centre de nutrition thérapeutique
DSRK	Délégation Sanitaire Régionale du Kanem
IC	Intervalle de confiance (SMART) – Intervalle de crédibilité (SQUEAC)
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MDM	Médecins du Monde
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre brachial
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
SIF	Secours Islamique Français
SMART	Standardised Monitoring & Assessment in Relief and Transitions
SMPS	Santé mentale et pratiques de soins
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAD	Visites à domicile
ZR	Zone de Responsabilité

RÉSUMÉ

Depuis décembre 2009, Action Contre la Faim-France (ACF-F) met en œuvre dans la région du Kanem un programme d'appui aux structures sanitaires des districts de Mao et de Mondo afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec ou sans complications.
Des évaluations de la couverture ont été réalisées chaque année à l'aide de la méthodologie SQUEAC. Celles-ci ont révélé des niveaux de couverture globalement faibles.
Sept mois après la précédente SQUEAC, une nouvelle évaluation de la couverture a été réalisée du 28 septembre au 11 octobre 2013 afin d'apprécier l'impact des actions entreprises pour améliorer la couverture et l'accessibilité et de définir des réorientations si nécessaires.
Les résultats aboutissent à une estimation de la couverture actuelle de **35,3% [IC 95% : 25,5% - 46,7%],** donc à un niveau similaire aux précédentes SQUEAC.
L'investigation a permis de noter d'importants progrès sur la connaissance des signes de malnutrition et de l'existence du traitement au sein de la communauté, y compris dans les zones éloignées. Leur impact reste cependant limité par d'importantes barrières. La limitation des activités communautaires aux villages situés à moins de 5 km des centres de santé, la faible qualité du suivi individuel en consultation et des sensibilisations – notamment dans les centres à forte affluence - participent à ces résultats faibles.

Le tableau ci-dessous présente un résumé des principales barrières et les recommandations en vue d'améliorer la couverture du programme.

Tableau 1 : Principales barrières à l'accessibilité et recommandations

Barrières	Recommandations
Différences de traitement entre RC >5 km et RC <5 km mal perçue et se traduisant par une démotivation/ baisse d'activité des relais des zones >5 km	▪ Renforcer la couverture et l'efficacité des activités de sensibilisation, de dépistage et de suivi des cas MAS dans la communauté, notamment dans les zones éloignées ▪ Améliorer la qualité de la prise charge, notamment dans les centres à forte affluence ▪ Faciliter l'accès au traitement pour les populations des zones éloignées
Distance +/- insécurité	
Indisponibilité des mères + barrières socioculturelles	
Recours au traitement traditionnel/ automédication	
Impact de la perception négative du traitement MAM (ruptures CNS++, manque de sensibilisation)	
Impact négatif des rejets (taille <65cm, rejet des non répondants après dépistage…)	
Taux élevé de non-répondants en lien avec des problèmes d'observance du traitement (partage/ conditions d'administration ATPE non adéquates, absences répétées, plaintes diarrhées vomissements)	
Insuffisances dans la qualité de suivi (centres à forte affluence, qualité de la consultation, ruptures traitement systématique, insuffisance tenue des outils/collecte des données)	
Transfert au CNT difficilement accepté (crainte, rupture d'aliments frais, absence de soutien familial)	
Dépistage passif non systématique	
Sensibilisation insuffisante au CDS	

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 5
1.1 CONTEXTE 5
1.2 LE PROGRAMME PCIMA DANS LES DISTRICTS DE MAO ET MONDO 6
2 OBJECTIFS 7
2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL 7
2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES 7
3 MÉTHODOLOGIE 8
3.1 APPROCHE GÉNÉRALE 8
3.2 ÉTAPES 8
3.3 ZONE CIBLE DE L'EVALUATION 10
3.4 ORGANISATION DE L'INVESTIGATION 10
3.5 LIMITES 11
4 RÉSULTATS 11
4.1 ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ÉLEVÉE ET DES BARRIÈRES À L'ACCESSIBILITÉ 11
4.2 ÉTAPE 2 : VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES SUR LES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ÉLEVÉE – ENQUÊTES SUR PETITES ZONES 26
4.3 ÉTAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE GLOBALE 28
5 DISCUSSION 34
6 RECOMMANDATIONS 36
ANNEXE 1 : L'EQUIPE D'EVALUATION 37
ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME 38
ANNEXE 3: FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE 39
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS NON COUVERTS 40

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

La région du Kanem actuelle fait partie des 22 régions que compte le Tchad et l'une des 10 régions composant la bande sahélienne. Elle comporte trois départements : les départements du Wadi Bissam, du Nord Kanem et du Kanem dont le chef-lieu est Mao. Elle couvre une superficie de 72 365 km^2 et une population estimée à 415 824 habitants en 2013.
Sur le plan sanitaire, elle compte quatre districts sanitaires à savoir : Mao, Mondo, Nokou et Rig-Rig. Les districts de Mao et Mondo couvrent une population totale de 295 750 habitants, soit 71% de la population du Kanem et comptent respectivement 44 centres de santé dont 28 avec CNA et 26 centres de santé dont 22 avec CNA.

La région du Kanem est caractérisée par un climat de type sahélo-saharien, subaride avec deux saisons : une saison des pluies de 3 à 4 mois (juin à septembre) et une saison sèche de 8 à 9 mois (octobre à mai). La région est marquée par une double situation de fragilité : chronique avec un taux de malnutrition aigüe global (MAG) stable au-dessus de 20% en période de soudure depuis plus de 15 ans, accentuée par des crises conjoncturelles plus ou moins marquées. Ce contexte se trouve aujourd'hui davantage dégradé par les changements climatiques et se traduit notamment par une régularité des déficits pluviométriques, des maladies phytosanitaires et des attaques d'ennemis des cultures.
L'insécurité alimentaire associée à des pratiques de soins inappropriées et au manque de recours ou au recours tardif aux services de santé contribuent à la précarité de la situation nutritionnelle et sanitaire. La dernière enquête nutritionnelle réalisée dans la région du Kanem en juillet- août 2013 révèle des prévalences de malnutrition toujours au-dessus des seuils critiques de l'OMS : la prévalence de la MAG[1] est estimée à 15,2% (IC 95% : 12,6-18,2) avec un taux de malnutrition aiguë sévère égal à 2,5% (IC 95% : 1,6-3,9).

Tableau 2 : Prévalences de la malnutrition aiguë globale et sévère dans la région du Kanem de 2009 à 2013, résultats exprimés en z-score selon les normes OMS 2006
(Enquêtes nutritionnelles anthropométriques ACF et UNICEF, Région du Kanem, Tchad)

Prévalences MA	Juil.2009	Janv. 2010	Août 2010	Mai 2011	Juil. 2012	Fév.2013	Juil. 13
MAG	21,7% (IC 95% :18-25,4)	17,4% (IC 95% : 14,1 20,7)	22,4% (IC 95% :18,5-26,8)	15,2% (IC 95% : 12,1-18,9)	21% (IC 95% : 17,1-25,5)	15,4% (IC 95% : 12,5-18,9)	15,2% (95% : 12,6-18,2)
MAS	6,1% (IC 95% : 4,4-7,8)	3,9% (IC 95% : 2,1-5,6)	5,3% (IC95% : 3,6--7,5)	3,2% (IC 95% : 1,8-5,5)	3,5% (IC 95% : 1,9-6,3)	2,5% (IC 95% : 1,7-3,6,)	2,5% (IC 95% : 1,6-3,9)

Pour faire face à cette situation nutritionnelle et alimentaire alarmante, les acteurs humanitaires présents dans la région (ACF-F, UNICEF, PAM, OMS, FOSAP, MDM, SIF, etc…) ont mis en œuvre différents programmes orientés vers la prévention et le traitement de la

[1] Résultats exprimés en z-score selon les normes OMS 2006

malnutrition aiguë. Parmi les actions entreprises figure l'appui aux centres de santé pour la prise en charge intégrée de la MAS. Des actions de soutien aux ménages vulnérables du Kanem en situation d'insécurité alimentaire sévère au courant de l'année 2013 sont également mises en œuvre, notamment des distributions de vivres (PAM/ ACF, SIF), des distributions de petits ruminants et de cash ciblant en particulier les ménages des enfants MAS.

1.2 LE PROGRAMME PCIMA DANS LES DISTRICTS DE MAO ET MONDO

Depuis décembre 2009, Action Contre la Faim-France (ACF-F) met en œuvre un programme d'appui aux structures sanitaires des districts de Mao et de Mondo afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec ou sans complications.

Ce programme se compose des volets suivants :

Un volet appui technique aux structures de santé pour l'intégration de la prise en charge de la MAS dans le paquet minimum d'activités des centres de santé. Dans ce cadre, ACF-F fournit une assistance technique pour la prise en charge correcte des cas MAS sans complications à 20 CNA (9 dans le district de Mondo et 11 dans le district de Mao). Depuis août 2012, ACF assure intégralement la gestion technique des 2 CNT (Mao et Mondo) pour la prise en charge des cas avec complications. Cet appui a récemment été étendu à 3 centres de santé (Illili dans le district de Mondo, et Glandinga et Bogolé dans le district de Mao).

Le volet appui au réseau de mobilisation communautaire couvre 21 zones de responsabilité des 2 districts (9 dans le district de Mondo et 12 dans le district de Mao[2]). Ce réseau, qui a pour objectif le dépistage précoce et le référencement des enfants présentant une malnutrition aigüe ainsi que la sensibilisation des communautés, a été confronté à des difficultés suite aux revendications de motivations financières de la part des relais qui ont arrêté le travail par endroit. Cela a nécessité une mise à plat du réseau qui a abouti à la définition et la mise en œuvre de deux stratégies pour remédier à la situation :

- La première concerne les zones de moins de 5 km où se déroulent de manière régulière les activités de dépistage et le référencement par les relais, avec des activités soutenues de supervision, formations et des réunions mensuelles au centre de santé.
- La seconde est relative aux zones qui sont au-delà de 5km, où l'accent est mis sur l'organisation de dépistages de masse ponctuels.

Depuis décembre 2010, des évaluations sont réalisées régulièrement afin d'identifier les barrières à l'accessibilité de la prise en charge nutritionnelle et les actions à entreprendre en vue d'améliorer la couverture. C'est dans cette optique qu'une évaluation de la couverture au moyen de la méthode SQUEAC a été réalisée par ACF du 25 septembre au 14 octobre 2013, soit 7 mois après la précédente.

[2] Dans le district de Mao, les 21 zones appartiennent à 20 CNA car pour le volet mobilisation communautaire au niveau de Mao, on note 3 zones qui correspondent en fait à 2 CNA où les enfants sont pris en charge.

2 OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général était d'évaluer la couverture du programme d'appui à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et d'identifier les barrières à l'accès aux soins chez les enfants de 6 à 59 mois dans les 21 zones de responsabilité appuyées par ACF dans les districts de Mao et Mondo, au moyen d'une *Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture* (SQUEAC).

2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. Evaluer la couverture globale du programme de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans la zone d'intervention du projet
2. Identifier les principaux facteurs influençant positivement ou négativement la couverture
3. Identifier les actions entreprises pour améliorer la couverture et l'accessibilité au regard des barrières identifiées au cours de la précédente SQUEAC et évaluer leur impact
4. Identifier la distribution des zones de couverture élevée et des zones de couverture faible
5. Réajuster les recommandations formulées au cours de la précédente SQUEAC en fonction des résultats de l'évaluation pour améliorer l'accessibilité et la couverture du service PCIMA
6. Fournir une formation au personnel d'ACF/MSP sur la méthodologie SQUEAC
7. Rédiger un rapport qui présente les résultats de l'évaluation et qui prend en compte les différences relevées.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 APPROCHE GÉNÉRALE

L'outil SQUEAC[3], déjà utilisé lors de la précédente évaluation de la couverture du programme en janvier-février 2013, a à nouveau été utilisé pour cette évaluation.

SQUEAC est une évaluation « semi-quantitative » combinant deux types de données :
- données quantitatives : données de routine et données collectées au cours d'enquêtes sur petites et grandes zones
- données qualitatives : informations collectées auprès de personnes clés au niveau de la communauté et des acteurs et bénéficiaires impliqués dans le service.

L'analyse de ces données est gouvernée par le principe de triangulation, les informations étant collectées auprès de différentes sources au moyen de différentes méthodes et croisées jusqu'à redondance avant d'être validées. En mettant l'accent sur la collecte et l'analyse intelligente des données en amont de la phase de terrain, l'investigation apporte un éclairage sur le fonctionnement du service, permet de limiter la collecte des données quantitatives et facilite l'interprétation des résultats.

3.2 ÉTAPES

L'investigation a été menée selon les trois étapes suivantes :

- **ÉTAPE 1 : Identification des zones de couverture élevée ou faible et des barrières à l'accessibilité**

La première étape a porté sur l'analyse des données de routine du programme et des données individuelles collectées à partir des rapports statistiques mensuels, de la base de données du programme et des registres et fiches individuelles des structures de santé. Les données individuelles ont été collectées dans toutes les structures de prise en charge sur la période de janvier à août 2013. Une mise à jour des actions entreprises depuis la précédente investigation a également été réalisée. Ces analyses ont guidé le processus d'investigation et permis d'orienter la collecte d'informations qualitatives auprès des informateurs clés au niveau des structures de santé et de la communauté.

Des entretiens semi structurés, des groupes de discussions informels, des histoires de cas ont été menés avec :
- le personnel du programme nutritionnel ACF (volet prise en charge et volet mobilisation communautaire),
- les Médecins Chefs des Districts de Mao et de Mondo
- le point focal nutrition de la DSRK
- le personnel des structures de santé
- les mères d'enfants malnutris et dans les villages
- les relais communautaires

[3] M Myatt et al 2012 *Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference.* Washington, DC: FHI 360/FANTA.

- les leaders et personnes clés des communautés (chefs villages, marabouts, guérisseurs traditionnels, matrones)

Ceci a permis de mieux cerner les connaissances, opinions et expériences des personnes concernées par la prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) et d'identifier les potentiels facteurs en liens avec l'accessibilité.

Les données collectées au cours de l'investigation ont été consignées sous forme de listes et mises à jour quotidiennement à l'aide de l'outil BBQ (« Barrières- Boosters-Questions »). Le processus d'investigation était réorienté en fonction des questions ou contradictions émergeant au fur et à mesure lors des synthèses quotidiennes. La triangulation des différentes méthodes et sources a permis par la redondance qu'elle engendrait de valider les informations livrées dans le présent rapport, et de formuler des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée.

- **ÉTAPE 2 : Vérification des hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones**

L'objectif de la seconde étape était de confirmer au moyen d'enquêtes sur petites zones les hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée ainsi que les barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'étape 1. Des villages ont été sélectionnés à dessein et enquêtés. Au cours de ces enquêtes, les cas de malnutrition sévère ont été recherchés et comptabilisés en « cas couverts » et « cas non couverts ». La définition des cas utilisée était *« tout enfant âgé de 6 à 59 mois présentant l'une des caractéristiques suivantes : PB<115mm et/ou présence d'œdèmes bilatéraux »*. Les résultats des enquêtes sur petites zones permettent de confirmer ou d'infirmer les hypothèses sur les zones de couverture élevée ou faible, et donc les facteurs influençant positivement ou négativement la couverture.

- **ÉTAPE 3 : Estimation de la couverture globale**

En apportant une compréhension approfondie des facteurs ayant un impact positif ou négatif sur la couverture, les étapes 1 et 2 ont permis de formuler une appréciation de la couverture : la *Probabilité a Priori*. Celle-ci a été traduite numériquement à l'aide la théorie Bayésienne des probabilités, puis enrichie par la réalisation d'une enquête sur grande zone, dont le but était de recenser le nombre total de cas de MAS de la zone et parmi eux le nombre de cas couverts. Les données de l'enquête sur grande zone constituent *l'Evidence Vraisemblable.* La taille de l'échantillon souhaitable a été obtenue au moyen du logiciel Bayes SQUEAC[4] et le nombre de villages à enquêter a été calculé au moyen de la formule suivante :

$$N_{villages} = \frac{\textit{taille de l'échantillon souhaitable}}{\textit{population moyenne par village x (\% de la population entre 6 et 59 mois/100) x (prévalence MAS/100)}}$$

1. *<u>Taille de l'échantillon souhaitable</u> : 40 cas, obtenu à partir de la calculatrice de Bayes pour une précision de 12%*
2. *<u>Prévalence MAS</u> : 2% - estimation réalisée sur la base des résultats de l'enquête SMART de février 2013 (prévalence MAS de 0,9% selon le PB) et ajustée au contexte (prévalence supposée plus élevée en septembre qu'en février)*
3. *<u>% population 6-59 mois</u> : 16,4% - obtenu à partir des données de populations cibles de la DSRK*
4. *<u>Population moyenne des villages</u> : 220*

[4] http://www.brixtonhealth.com/bayessqueac.html

L'enquête sur grande zone a été menée dans 55 villages de la zone d'intervention du programme. Dans le but d'assurer une représentativité spatiale, les villages ont été sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié, à partir d'une liste exhaustive des villages regroupés par zone de responsabilité. Les cas de MAS ont été recherchés en utilisant la méthode de recherche de cas active et adaptative, et un questionnaire a été administré aux mères ou accompagnants des cas MAS non couverts par le programme dans le but de déterminer les raisons expliquant le défaut de prise en charge. Ces cas non couverts ont systématiquement été référés vers les structures de prise en charge les plus proches.

Une synthèse de la *Probabilité a Priori* et de *l'Evidence Vraisemblable* a ensuite été générée au moyen du logiciel Bayes SQUEAC, développé sur le modèle mathématique bayésien : cette synthèse – la *Probabilité a Posteriori* - correspond à l'estimation de la couverture globale, exprimée avec un intervalle de crédibilité à 95%.

3.3 ZONE CIBLE DE L'EVALUATION

Pour cette évaluation, il y a eu un changement des zones cibles par apport aux SQUEAC précédentes qui se sont déroulées à la fois dans les zones de responsabilité des CNA appuyés et non appuyés par ACF. En effet, il s'est avéré difficile de faire le suivi des recommandations formulées à l'adresse des CNA non appuyés par ACF. Il a donc été décidé pour cette évaluation de cibler uniquement les CNA appuyés par ACF, afin d'évaluer l'impact des activités menées d'une part et d'autre part afin de pouvoir mieux suivre les recommandations qui seront formulées à l'issu de cette enquête. Par ailleurs, dans la mesure où l'appui aux 3 nouveaux CNA n'avait pas encore véritablement pris corps au moment de la réalisation de cette évaluation, il a été décidé de ne pas inclure les zones correspondantes dans la zone de l'évaluation.

3.4 ORGANISATION DE L'INVESTIGATION

L'investigation a été conduite avec l'appui technique d'une experte du projet CMN (Coverage Monitoring Network), Uwimana Sebinwa. Le support technique de l'experte a consisté en un appui technique à distance pour la planification, et un déploiement sur le terrain pour les étapes 1 et 2 de l'enquête. L'adjointe du responsable de département nutrition. Zigro Lardoum Estelle, a constitué le point focal de la mission pour les différentes étapes de préparation et de mise en œuvre de l'investigation.
L'équipe d'investigation était composée de 8 personnes parmi lesquels 4 personnels ACF (responsable de programme mobilisation communautaire, responsable de programme CNT, un stagiaire nutrition et l'adjointe RD Nutrition), l'experte du projet CMN et 3 traducteurs (cf. liste en annexe 1). Le point focal nutrition de la DSRK a participé de manière ponctuelle à la collecte des données qualitatives.
Pour les étapes d'enquêtes sur petites et grande zones, 6 enquêteurs supplémentaires ont été recrutés afin de former 4 équipes de 2 personnes. Un animateur mobilisation communautaire et un chargé CNA /CNS se sont associés aux personnes en charge de la supervision durant cette étape pour renforcer le suivi des équipes sur le terrain. Une formation de l'équipe d'enquêteurs a été organisée au préalable, avec une phase pratique dans un village périphérique de Mao.
La présente investigation SQUEAC s'est déroulée du 28 septembre au 11 octobre 2013, à la fin de la saison de pluie: la majorité des familles étaient présentes dans les villages visités. Le planning établi a tenu compte des jours des CNA /CNS/marchés ; le volet sécurité alimentaire a

également partagé leur planning de distribution afin de maximiser la probabilité de toucher les ménages dans les villages ciblés par l'enquête.

3.5 LIMITES

Malgré le travail d'actualisation de la liste des villages effectué en amont, l'équipe a été confrontée à plusieurs imprécisions ou incohérences dans la délimitation des zones de responsabilité (différences entre les listes des volets mobilisation communautaire et prise en charge, désaccords entre les autorités sur la zone de responsabilité de référence). Ceci est notamment le cas pour les villages situés à la confluence des zones de responsabilité de Mourzigui, Fayaye, et de la région du Bahr el Ghazal. Un village initialement sélectionné a ainsi dû être remplacé par le village suivant sur la liste.
Une autre difficulté concernait la méconnaissance de la zone par certains chauffeurs, compliquant considérablement le travail de localisation des villages.

4 RÉSULTATS

4.1 ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ÉLEVÉE ET DES BARRIÈRES À L'ACCESSIBILITÉ

4.1.1 Bilan des actions entreprises entreprises depuis la précédente SQUEAC en vue d'améliorer la couverture

Le tableau 3 présente la mise à jour effectuée par les équipes sur les actions entreprises au regard des recommandations formulées lors de la précédente SQUEAC de janvier 2013.

Il ressort que ces recommandations n'ont été mises en œuvre que de manière partielle ou récente. En particulier, les activités de mobilisation communautaire selon la nouvelle stratégie ont été mises en œuvre depuis seulement 2 mois, après avoir connu une interruption entre le mois d'avril et le mois de juillet 2013, et le volet SMPS a été arrêté faute de financement.

Tableau 3 : Bilan des actions entreprises depuis la précédente SQUEAC en vue d'améliorer la couverture *(districts sanitaires de Mao et de Mondo, Région de Kanem, septembre-octobre 2013)*

Recommandations	Mise en œuvre	Observations
Volet communautaire		
Renforcer les activités de sensibilisation sur la malnutrition au sein des structures de prise en charge et de la et de la communauté		
➡ Adapter les contenus des messages clés pour les sessions de sensibilisation sur la malnutrition réalisées par les différents acteurs ➡ Identifier les moyens et techniques de sensibilisation sur la malnutrition les plus adaptés pour toucher les hommes au sein de la communauté, ainsi que les tradipraticiens ➡ Multiplier les canaux de communication des messages clés sur la malnutrition, l'existence du traitement et le dépistage dans les villages	**Partiel**	➡ Distribution des boites à images aux relais et aux RCS ➡ Séances de sensibilisation au niveau de la communauté mais non optimale (interruption des activités d'avril à juillet, activités limitées aux villages <5km) ➡ Diffusion des spots radio sur les radios locales de Mao et de Mondo à partir de juillet 2013, mais ne couvrent pas les villages éloignés
Renforcer les activités du volet mobilisation communautaire (sensibilisation, dépistage, référencement, suivi communautaire des bénéficiaires) ***En coordination avec les recommandations du travail de réorientation du volet de mobilisation communautaire***		
➡ Poursuivre le plaidoyer auprès des autorités sanitaires régionales et des districts afin de prendre en compte le réseau communautaire dans le système de santé et de définir un mécanisme pérenne de motivation des acteurs du réseau ➡ Promouvoir la gestion et le suivi des activités de dépistage et référencement par les agents de santé et le district; ➡ Responsabiliser les équipes des CdS vis-à-vis de la communication et de la collecte d'informations avec le réseau MobCom ➡ Renforcer les activités de dépistage et référencement dans les villages éloignés (>10 km) ➡ Plaider pour un financement à long terme (3-5 ans) pour les activités de MobCom	**Partiel**	➡ Journées de concertations avec les autorités sanitaires, administratives et traditionnelles et religieuses ; ➡ Réunion inter ONG sur l'harmonisation des outils de suivi, messages à diffuser et du système de motivation des relais communautaires ; ➡ Reprise des activités de dépistage et référencement et suivi en juillet 2013 avec motivation financière des relais pour les villages <5km ➡ Evénements dépistage dans les villages > 5 km ➡ Organisation des réunions mensuelles avec les relais et responsables de centres de santé sur la collecte des données des relais (villages <5 km)
Renforcer la qualité des activités de la prise en charge dans les CNA et CNT		
➡ Promouvoir et assurer le dépistage systématique de tous les enfants de 6 à 59 mois venus pour des consultations curatives au CdS ou toute autre occasion impliquant les mères d'enfants de moins de 5 ans ; ➡ Améliorer la qualité de l'accueil dans les CNA (attitude envers les mères, informations délivrées à l'accueil…)	**Partiel**	➡ La plupart des responsables des centres de santé ne font pas ce type de dépistage systématique les jours ordinaires ➡ Les messages de sensibilisations ne sont pas toujours diffusés à l'accueil quand bien même que les outils y existent
➡ Veiller à la documentation effective de tous les transferts en cas d'ouverture de nouveaux CNA à proximité d'un CNA appuyé (par anticipation)	**Partiel**	➡ La DRS tient au courant ACF de l'ouverture ou de la fermeture des nouveaux CNA, mais les transferts ne sont pas toujours documentés

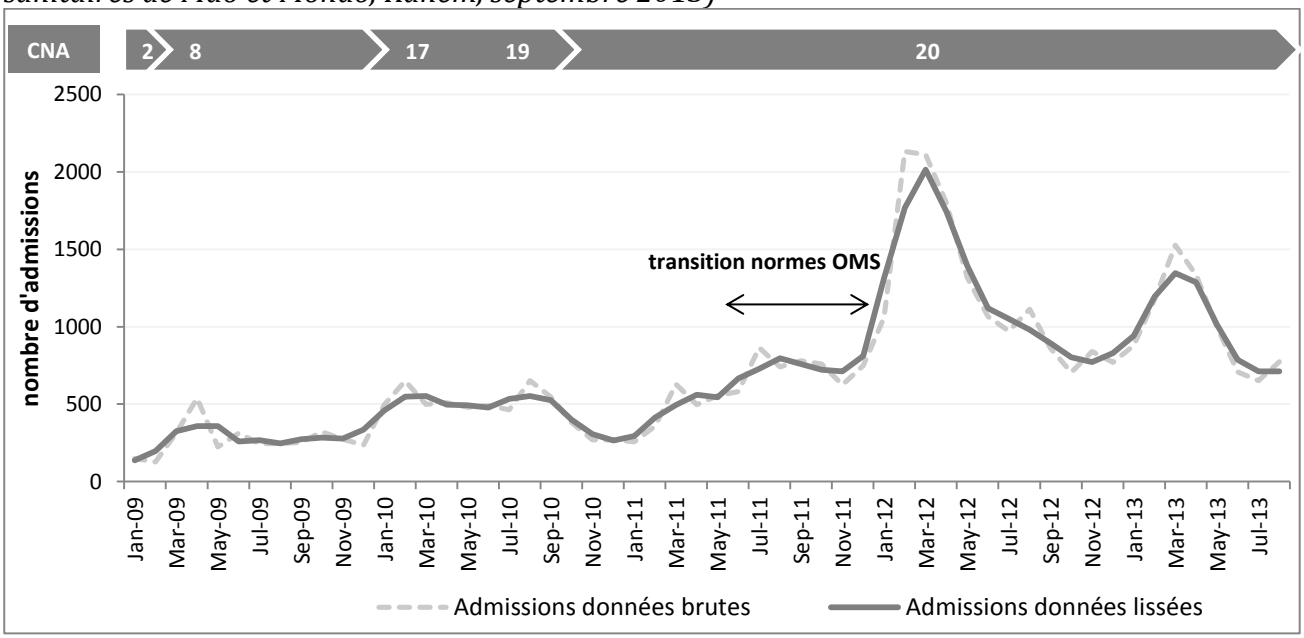
➡ Améliorer l'identification et le suivi des cas nécessitant un transfert au CNT		➡ Le suivi des cas transférés vers les CNT n'est pas encore systématique
➡ Investiguer en collaboration avec les équipes SMPS et MobCom les cas d'abandons afin de mieux comprendre les motifs, de connaître leur devenir et les réadmettre si nécessaire ; ➡ Assurer la continuité des activités de suivi des enfants potentiellement non répondants en étroite concertation avec l'équipe PEC Nut et les RCS	**Partiel**	➡ Des actions synergies ont été entreprises avec le volet Nut et mobcom (notamment VAD par les animateurs mob com), cependant par manque de financement les activités du volet SMPS ont pris fin
➡ Garantir la continuité du stock d'ATPE dans les CNA appuyés et non-appuyés par ACF : Intégrer un volet sur la gestion de stock au contenu des prochaines formations et lors des supervisions, suivre les approvisionnements des intrants dans tous les CNA du district ➡ Maintenir la communication avec les bénéficiaires en cas de ruptures d'ATPE afin d'assurer la continuité de la PEC	**Oui** (dans les CNA appuyés par ACF)	➡ Mise en place du stock de contingence et du comité régional des gestions d'intrants afin de garantir l'approvisionnement et assurer le suivi => approvisionnement amélioré
➡ Mettre en place des sorties de supervision des chargés CNA (par le PM nut et l'adjoint) – élaboration d'une grille de supervision nécessaire	**Oui**	
Renforcer l'implication de la Délégation Sanitaire et des Districts de Mao et Mondo dans les activités de nutrition/santé soutenues par ACF		
➡ Associer formellement un membre de la Délégation et des districts à toutes les étapes de la prochaine SQUEAC (notamment l'analyse des données) ➡ Réaliser de manière régulière (trimestrielle) une analyse conjointe des données de routine de l'ensemble des CNA avec le Point Focal Nutrition de la Délégation ➡ Plaidoyer pour la continuité de l'approvisionnement des CNS	**Partiel** **Non**	➡ Le point focal nutrition a participé partiellement à la réalisation de l'enquête (collecte des données qualitatives)
➡ Mettre à jour la liste des villages par aire sanitaire et les cartes détaillées de la zone (pour l'ensemble du district)	**Partiel**	➡ Le volet mobcom a fait une mise jour des listes de village mais qui n'est pas finalisée, pas de mise à jour par OCHA disponible
Renforcer l'intégration et la coordination interne des activités d'ACF		
➡ Intégrer les réunions et la communication inter-volet dans les chronogrammes de travail NUT/MOBCOM/ SMPS ➡ Utiliser les résultats des enquêtes (NCA, SQUEAC, SMART) dans le développement des activités et de propositions de projet ➡ Compléter la collecte et l'analyse des données de routine par une collecte de données complémentaires à l'aide des outils de monitoring SQUEAC	**Oui**	➡ Les réunions inter volets sont faites mensuellement au niveau délégation et centres de santé ➡ Certaines recommandations de la SQUEAC ont été prises en compte pour élaborer les propositions ➡ Une BBD conçue pour la collecte et l'analyses des données des admissions de routine mais à étendre sur les données de sortie

4.1.2 Admissions

Evolution au cours du temps - Tendances

Les données des admissions depuis le début de programme de 2009 à 2013 ont été lissées et reportées sur la figure 1 ci-dessous. On constate une augmentation progressive des admissions au fil des années, à mettre en lien avec une augmentation des CNA appuyés par ACF et des villages couverts par le réseau mobilisation communautaire, ainsi qu'avec le passage aux nouvelles nomes OMS. On note cependant un volume d'admissions globalement plus faible en 2013 par rapport à l'année précédente : ceci s'explique en partie par la crise alimentaire qui a caractérisé l'année 2012, mais suggère également une absence d'amélioration de la couverture.

Figure 1 : Evolution des admissions dans les CNA et CNT appuyés par ACF *(Districts sanitaires de Mao et Mondo, Kanem, septembre 2013)*

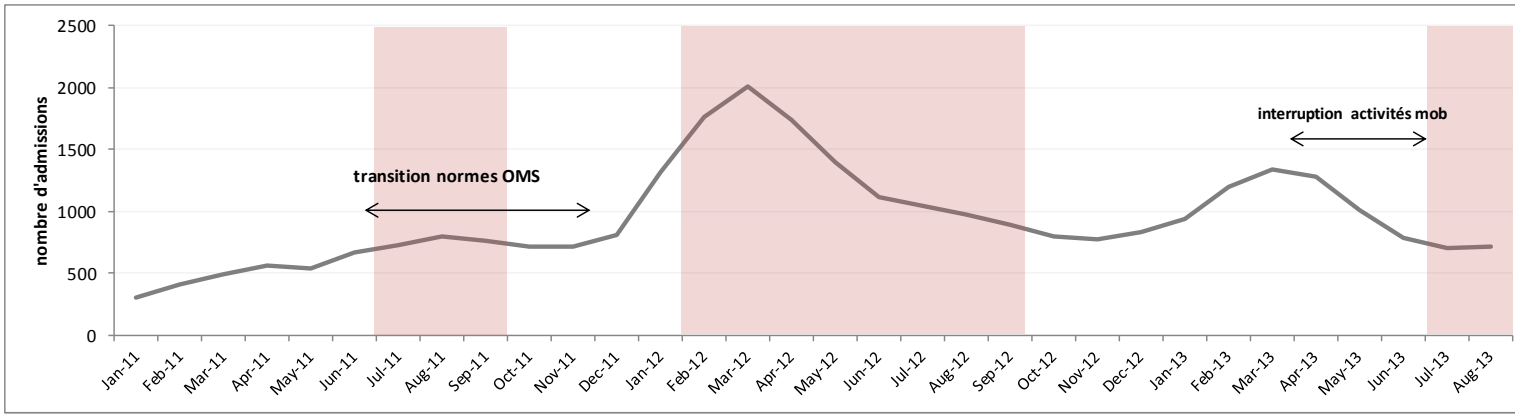


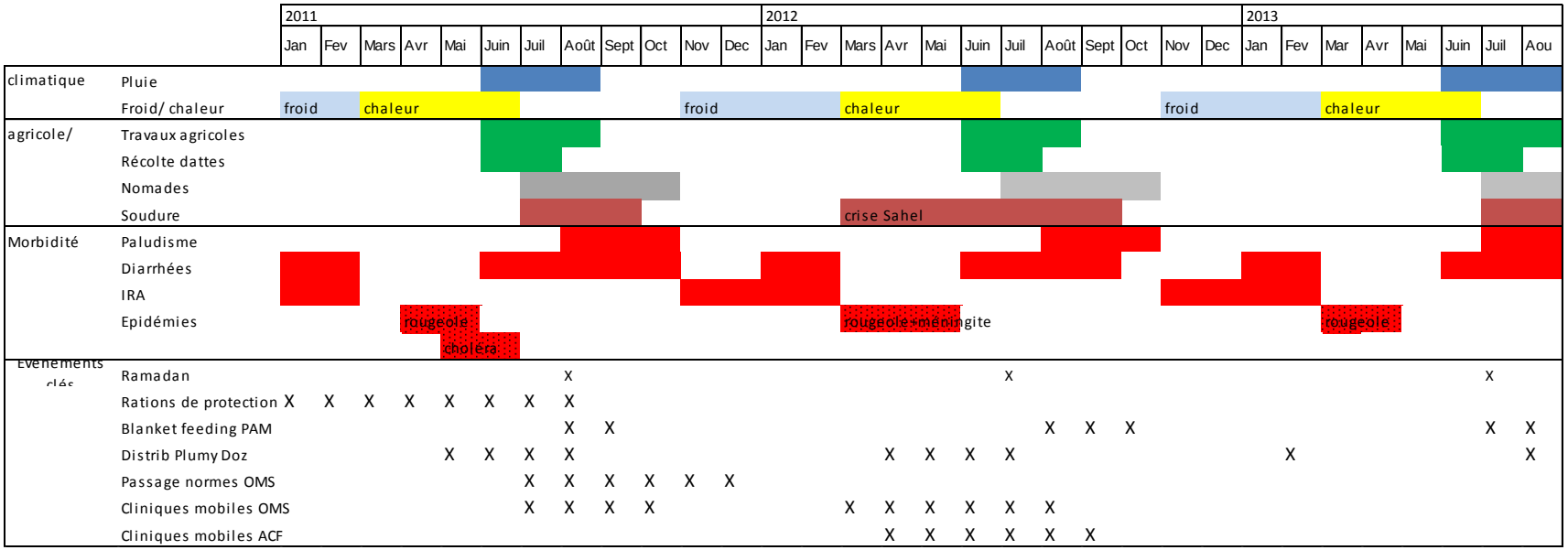
Admissions et réponse aux besoins

La progression des admissions au cours des deux dernières années a été analysée et confrontée au calendrier saisonnier et aux évènements clés (figure 2), dans le but d'apprécier la capacité des programmes à répondre aux besoins existants dans la communauté.

En période hivernale (janvier, février et mars) de chaque année, le programme enregistre plus d'admissions, en lien avec la morbidité infantile importante à cette période (IRA, diarrhées). Cette tendance se retrouve en 2013, elle est cependant suivie d'une baisse des admissions à partir du mois d'avril se prolongeant pendant la période de soudure, ce qui suggère que le programme n'a pas été en mesure de répondre aux besoins pendant cette période de prévalence plus élevée de la malnutrition aiguë. Le démarrage tardif des activités de mobilisation communautaires (juillet) 3 mois après le lancement du projet 2013 justifie la diminution significative des cas admis durant cette période. Le jeûne du ramadan qui a commencé en juillet 2013 a également été évoqué pour expliquer la baisse des admissions (mères occupées par les travaux domestiques en période de jeûne). Une augmentation des admissions – notamment en CNT - a été notée pendant la période de l'évaluation (septembre), en lien avec l'épidémie de paludisme sévissant dans la zone.

Figure 2 : Evolution des admissions MAS en fonction du calendrier saisonnier et des évènements clés de la région du Kanem *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*


nombre d'admissions
2500
2000
1500
1000
500
0
transition normes OMS
interruption activités mob
Jan-11 Feb-11 Mar-11 Apr-11 May-11 Jun-11 Jul-11 Aug-11 Sep-11 Oct-11 Nov-11 Dec-11 Jan-12 Feb-12 Mar-12 Apr-12 May-12 Jun-12 Jul-12 Aug-12 Sep-12 Oct-12 Nov-12 Dec-12 Jan-13 Feb-13 Mar-13 Apr-13 May-13 Jun-13 Jul-13 Aug-13



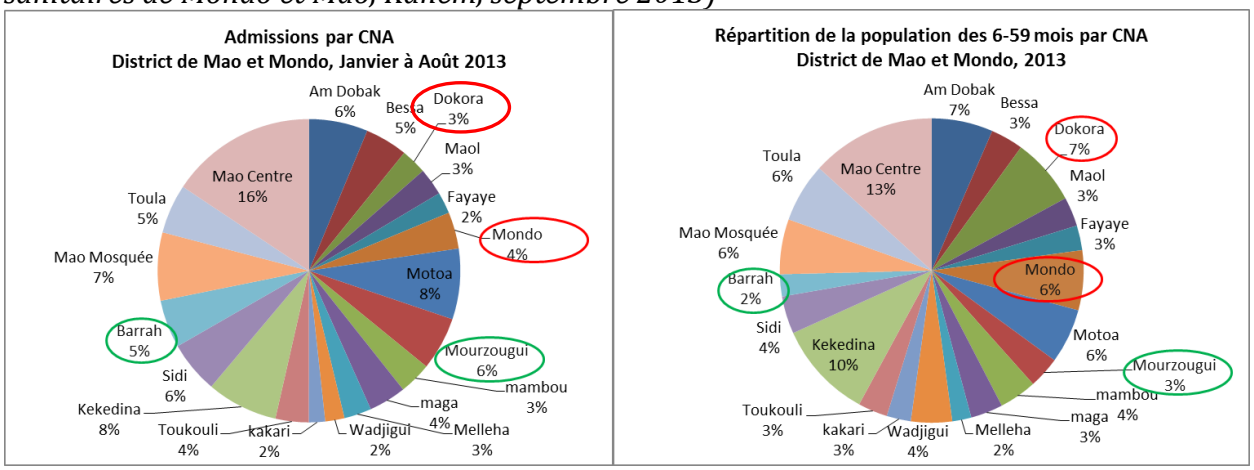
Admissions par structure de santé

La répartition des admissions dans les CNA a été comparée à la population des 6 à 59 mois de chaque zone de responsabilité (figure 3). Il ressort que les centres de Mao centre, Mao Mosquée, Kekedina, Amdoback dont les populations sont les plus importantes, ont enregistré le plus d'admissions. Toutefois quelques particularités sont observées pour les centres de :

- Mondo et Dokora : peu d'admissions observées par rapport à la taille de la population ; ceci pourrait être justifié par l'existence d'une concentration plus élevée de CNA aux alentours avec des distances faibles entre les villages et les centres de santé. Pour Dokora, le changement du responsable du centre de santé – moins apprécié par la population - a également été évoqué pour expliquer le faible volume d'admissions.
- Barrah présente un volume d'admissions relativement important par rapport à sa population, cependant l'analyse des villages de provenance des admissions montre que parmi ces admissions environ 70% proviennent de zones en dehors de la zone de responsabilité.
- Motoa présente le même cas de figure : situé proche de la zone du lac, ce CNA accueille beaucoup d'enfants venant de cette zone. En effet, bien qu'il existe des programmes de prise en charge dans la zone du lac, ceux-ci sont confrontés à des ruptures fréquentes d'ATPE, ce qui entraine une affluence vers les centres situés à proximité.
- Mourzougui de par sa situation, reçoit des bénéficiaires provenant des CNA voisins non appuyés par ACF pour lesquels des ruptures fréquentes d'ATPE et une moindre qualité de service ont été rapportés (Choikirom, Attaid Kouka, Illli , Tomod).

Ces observations montrent l'importance de la qualité du service sur la fréquentation des CNA, et donc sur la couverture.

Figure 3 : Répartition des admissions MAS par CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



Admissions CNT (2012 -2013)

La figure 4 ci-dessous représente l'évolution des admissions CNT au cours des 2 dernières années. Les mêmes tendances sont observées, avec cependant un volume d'admissions plus important au CNT de Mao comparé à celui de Mondo.

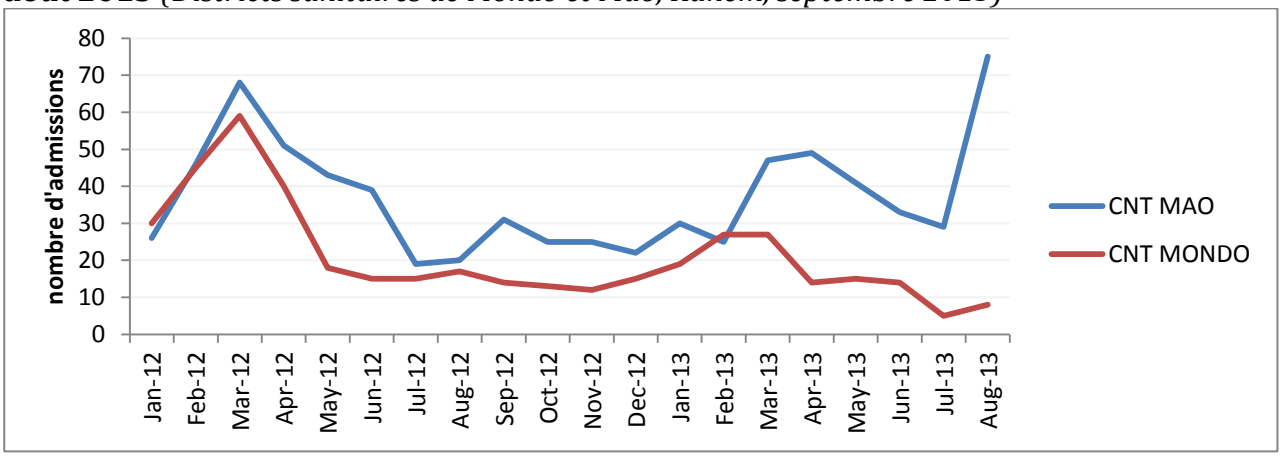
Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer cette situation :

- La taille de la population de Mao est plus importante que celle de Mondo, et l'analyse des provenances montre pour le CNT de Mao un grand nombre d'admissions originaires de la ville de Mao

- L'ancienneté du CNT de Mao (plus de 10 ans d'existence) tandis que celui de Mondo est récent (environ 3 ans).
- En faisant l'analyse des transferts réalisés des CNA vers le CNT, les CNA appartenant au district de Mao (Mao centre, Kekedina) réalisent plus de transfert que ceux de Mondo.
- Les conditions d'accueil et de séjour constituent un élément non négligeable dans la fréquentation des CNT par les mères. Lors de l'investigation, les CNT n'avaient pas été approvisionnés en ration fraiche depuis le mois de juin. L'impact de cette rupture pourrait être ressenti plus à Mondo qu'à Mao car les conditions y sont plus favorables (zone urbaine) comparativement à Mondo (zone rurale). Les mères qui arrivent peuvent facilement bénéficier du soutien familial et peuvent aisément s'approvisionner au niveau des marchés (présence de restaurants) ce qui n'est pas toujours le cas au CNT de Mondo.

Le pic d'admission observé en août 2013 est à mettre en lien avec la période de soudure et avec l'épidémie de paludisme observée sur toute la région, mais également avec la fin du ramadan qui entraine généralement une affluence des cas compliqués vers le CNT (les mères étant moins occupées par les préparatifs de rupture de jeûne et ont plus d'énergie). Cette augmentation pourrait être aussi liée à la reprise du dépistage des relais communautaires surtout à Mao.

Figure 4 : Evolution des admissions dans les CNT de Mao et Mondo de janvier 2012 à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



4.1.3 Analyse du périmètre brachial à l'admission

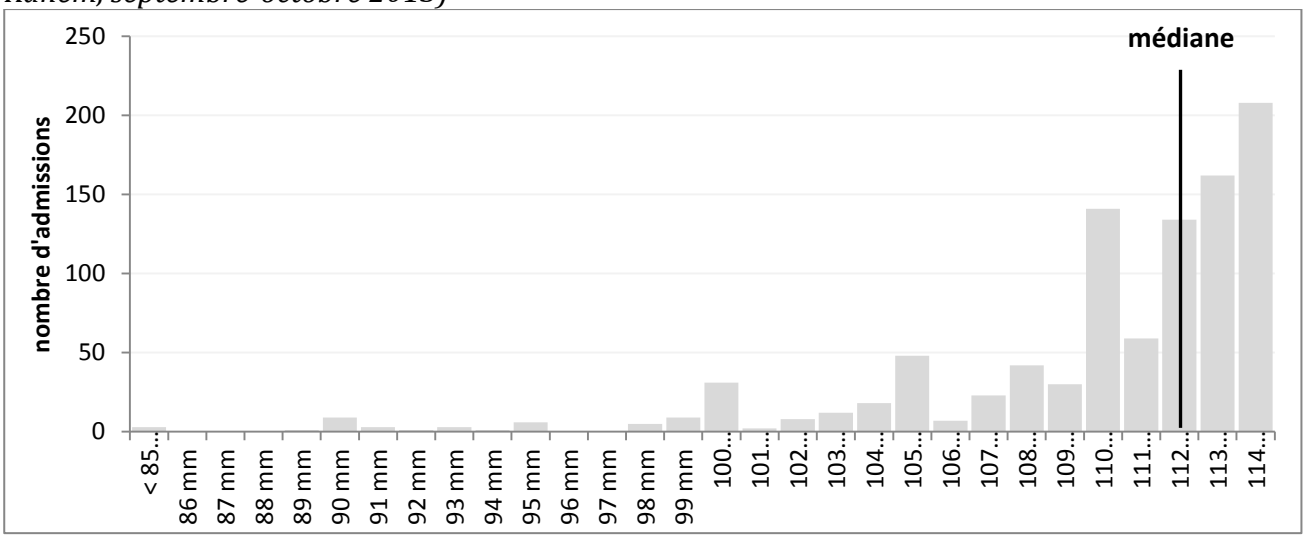
L'analyse du PB à l'admission montre que 53% des admissions avaient un PB<115mm, ce qui est similaire à la précédente SQUEAC. Celle-ci avait mis en évidence une surreprésentation des cas admis avec un PB égal à 114mm[5], ce qui avait été expliqué lors de l'investigation par une falsification probable des mesures par les bénévoles dans l'intention de faire admettre des enfants pour convenance personnelle. Bien que cette catégorie reste importante, elle ne représente plus que 22% des cas admis avec un PB<115mm (contre 34% lors de la précédente SQUEAC), ce qui suggère une amélioration. On note cependant toujours une surreprésentation des valeurs arrondies (100, 105, 110), suggérant la persistance d'imprécisions dans les mesures.

La figure 5 présente la distribution du PB à l'admission pour les cas admis avec un PB<115 mm. Il ressort de l'analyse que la plupart des enfants sont admis relativement précocement

[5] 34% des cas admis sur critères PB

car le PB médian est de 112 mm. Ceci présume qu'au moment de l'admission leur état nutritionnel ne s'est pas encore trop détérioré et constitue un élément positif pour la couverture

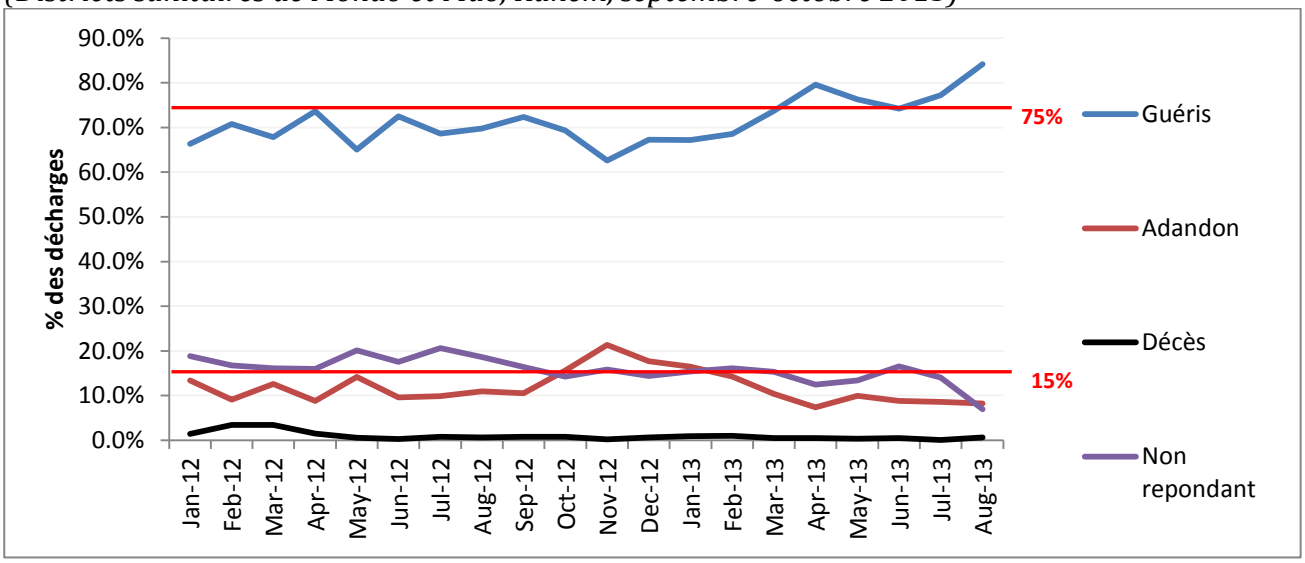
Figure 5 : Distribution du périmètre brachial à l'admission pour les cas MAS admis en CNA avec un PB<115mm entre janvier et août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*



4.1.4 Evolution des indicateurs de performances

La précédente SQUEAC avait mis en évidence des taux élevés d'abandon et de non-réponse au traitement. En 2013 la tendance des courbes des indicateurs est redevenue presqu'à la normale (figure 6) avec une tendance à la hausse du taux de de guéris à partir d'avril. Le taux de non répondant a connu graduellement une baisse significative à partir du mois de juillet-aout correspondant à la période de reprise des activités de mobilisation communautaire, à partir de laquelle les 2 programmes Pec Nut /Mobcom ont mis en œuvre des actions synergiques (sensibilisation et VAD) pour réduire le taux de non répondants. C'est la période aussi d'instauration des réunions mensuelles d'analyse des indicateurs avec les chargés CNA/CNS qui permettent d'identifier les causes de la faiblesse de certains indicateurs et de cibler des domaines prioritaires d'appui aux RCS.
On note des hausses du taux d'abandons entre janvier et mai 2013. Cela est dû à la rupture des intrants tant au niveau régional que national durant la période de janvier à avril 2013 où ACF a mis à la disposition des bénéficiaires son stock de contingence ATPE pour assurer la continuité de la prise en charge dans les centres appuyés. Ceci a entrainé un afflux massif des bénéficiaires des centres non appuyés (en rupture) vers ceux soutenus par ACF. Lorsque ces centres en rupture ont été approvisionnés, les bénéficiaires sont retournés dans leurs centres d'origine. Ces mouvements de bénéficiaires entre centres de santé, n'ont malheureusement pas été documentés et sont considérés à tort comme des abandons, ce qui a augmenté le taux des abandons durant cette période.

Figure 6 : Evolution des indicateurs de performance de janvier 2012 à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*



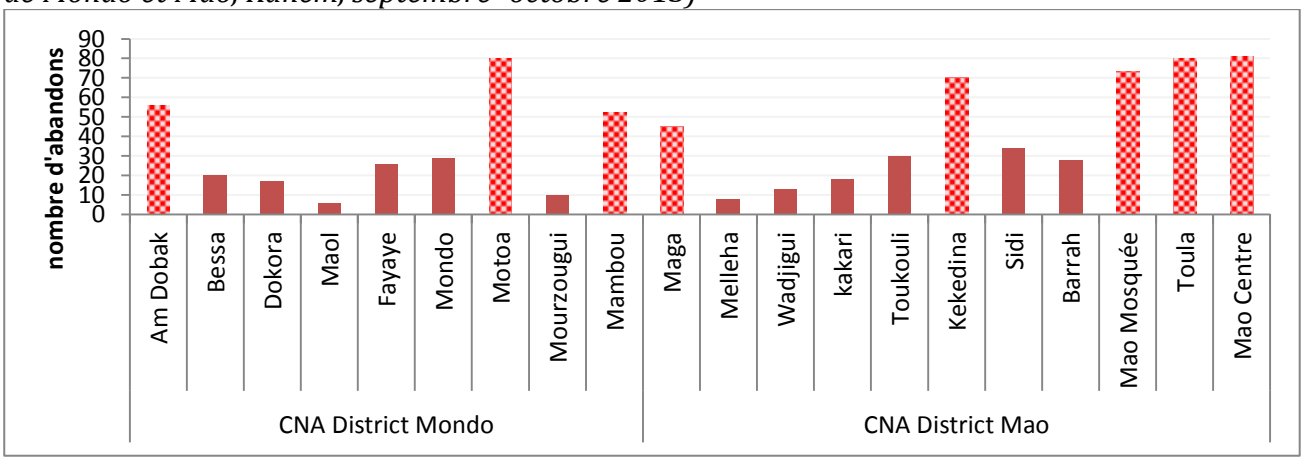
4.1.5 Abandons

Répartition des abandons par CNA

La figure 7 ci-dessous présente la répartition des abandons par CNA de janvier à août 2013 par district sanitaire. De manière globale, les abandons sont élevés dans les centres d'Amdobak, Motoa, Toula, Maga, Kekedina, Mao centre et Mao mosquée. En faisant une analyse par villages de provenance, il ressort que les abandons enregistrés dans les CNA d'Amdobak, Motoa, Toula, Maga sont majoritairement des « hors zones» qui viennent de la région du lac ou de la région d'Hadjer Lamis, et qui fréquentent ponctuellement les CNA appuyés par ACF en raison de ruptures d'intrants dans leur zone

La distance également est un facteur important à considérer pour justifier le taux d'abandons élevé à Kekedina et Amdobak, la plupart des bénéficiaires ayant abandonné viennent des villages éloignés, dont certains étaient précédemment couverts par les équipes mobiles OMS /ACF.

Figure 7 : Répartition des abandons par CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre- octobre 2013)*

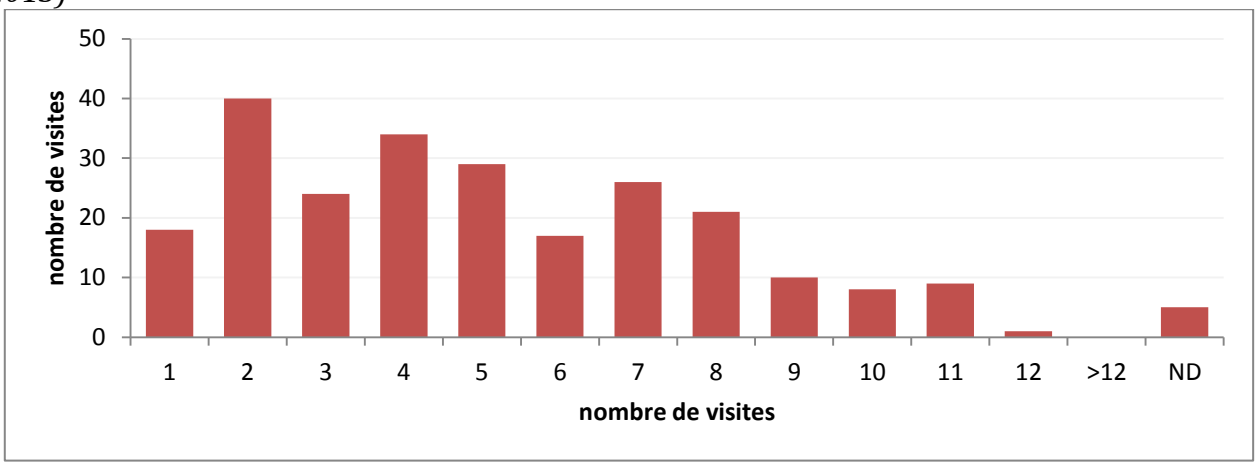


Nombre de visites avant l'abandon

La figure 8 présente la répartition des cas d'abandons selon le nombre de visites de suivi effectuées avant l'abandon. La médiane se situe à 5 visites, ce qui est en faveur d'abandons plutôt tardifs, et suggère des cas d'abandons favorisés par de longues durées de séjour.

En effet, les visites occupent tout le temps des mères qui doivent par ailleurs s'occuper des travaux domestiques et assurer la garde des autres enfants, le conjoint n'étant généralement au village.

Figure 8 : Nombre de visites de suivi pour les cas d'abandon enregistrés dans les CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*



Analyse du PB des abandons

Durant l'investigation le pourcentage des abandons en fonction du PB lors de la dernière visite a également été évalué : 26% des abandons avaient un PB<115mm, 67% présentaient un PB compris entre 115 et 125 mm et 6% avaient un PB supérieur à 125 mm, ce qui rejoint le constat d'abandons plutôt tardifs, à un moment où le statut nutritionnel de l'enfant est relativement amélioré.

Tableau 4 : Périmètre brachial lors de la dernière visite pour les cas d'abandons CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

Périmètre brachial lors de la dernière visite (mm)	PB < 115	115 - 125	> 125
Nombre d'abandons	56	143	13
%	26%	67%	6%

4.1.6 Non répondants

Répartition des non-répondants par CNA

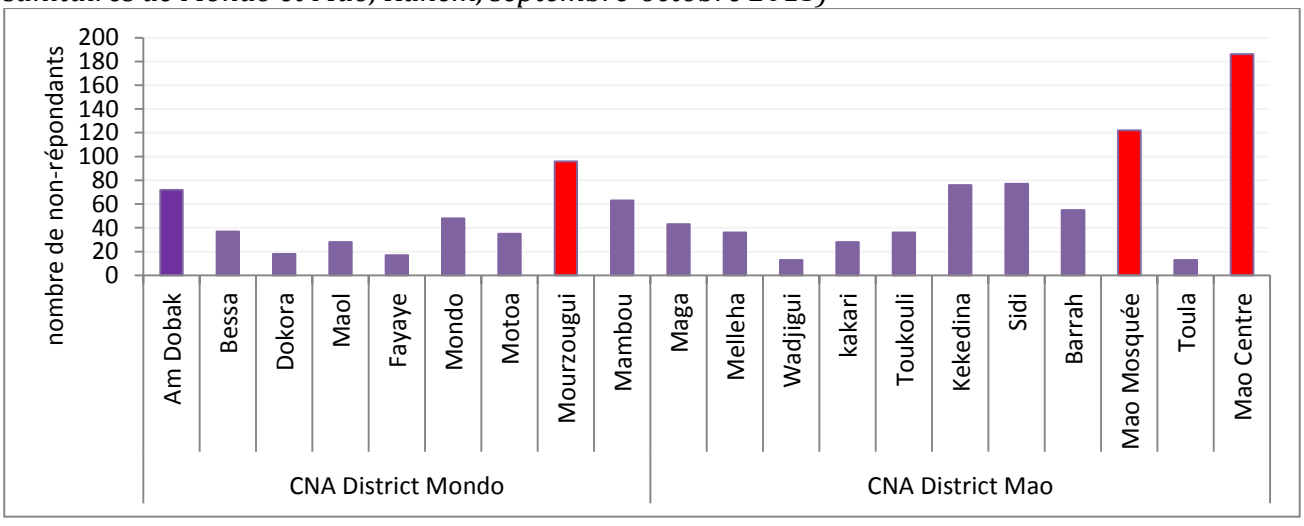
La répartition du nombre de non-répondants par CNA (figure 9) révèle un nombre important de ces cas dans les CNA de Mourzougui, Mao Centre et Mao Mosquée. Ces centres sont

caractérisés par une forte affluence (notamment Mao Centre et Mao Mosquée)[6], se répercutant sur la qualité de prise en charge en raison de l'insuffisance de personnel affecté aux activités de prise en charge. Les observations et entretiens menés au cours de l'investigation ont montré que l'examen médical n'est pas systématiquement fait par un personnel qualifié, et/ ou comporte des insuffisances (pas d'interrogatoire, pas d'examen physique, investigations limitées voire absentes des causes de non-réponse). Dans ce contexte, les journées CNA ressemblent plutôt à des séances de distributions d'ATPE qu'à des séances de suivi d'enfants sous traitement médico-nutritionnel, avec des insuffisances également concernant la sensibilisation des accompagnantes, maillon essentiel de la prise en charge. Toutefois, les nouvelles admissions bénéficient tout de même d'un examen clinique – bien que parfois expéditif - de l'infirmier en charge de la consultation médicale. L'absence de traitement systématique a également été rapportée à plusieurs reprises, le plus souvent en lien avec des ruptures.

Suite aux entretiens réalisés au cours de l'enquête, il ressort que les principales causes de la non réponse au traitement sont :

- le non-respect des règles d'hygiène alimentaire entrainant des diarrhées d'où perte de poids,
- le partage des ATPE entre frères et sœurs,
- le non-respect des quantités journalières à administrer,
- les quantités remises au niveau des centres ne sont pas toujours correctes,
- le mode d'emploi de l'ATPE n'est pas suffisamment expliqué aux mères et par conséquent certaines mères procèdent au mélange de l'ATPE avec de l'eau de qualité douteuse entrainant parfois les diarrhées et ou vomissements.
- les absences alternées durant le suivi, le refus de transfert vers le CNT.

Figure 9: Répartition des non-répondants par CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*



Analyse des PB des non-répondants

Une analyse faite sur le PB des enfants déclarés non répondants lors de leur dernière visite: révèle que 16% des cas sont déchargés avec un PB<115mm donc encore en état de

[6] A Mao centre, avec un nombre de bénéficiaires en charge variant entre 300 et 400 ou plus selon les périodes, la personne en charge du suivi « consulte » jusqu'à 200 enfants par jour (2 jours de prise en charge par semaine)

malnutrition sévère. La majorité des cas ont un PB compris entre 115 et 125 mm (64%), indiquant un statut nutritionnel encore précaire au moment de la décharge. Ces cas constituent autant de cas potentiellement MAS n'ayant plus accès au traitement, ce qui constitue donc un facteur négatif pour la couverture.

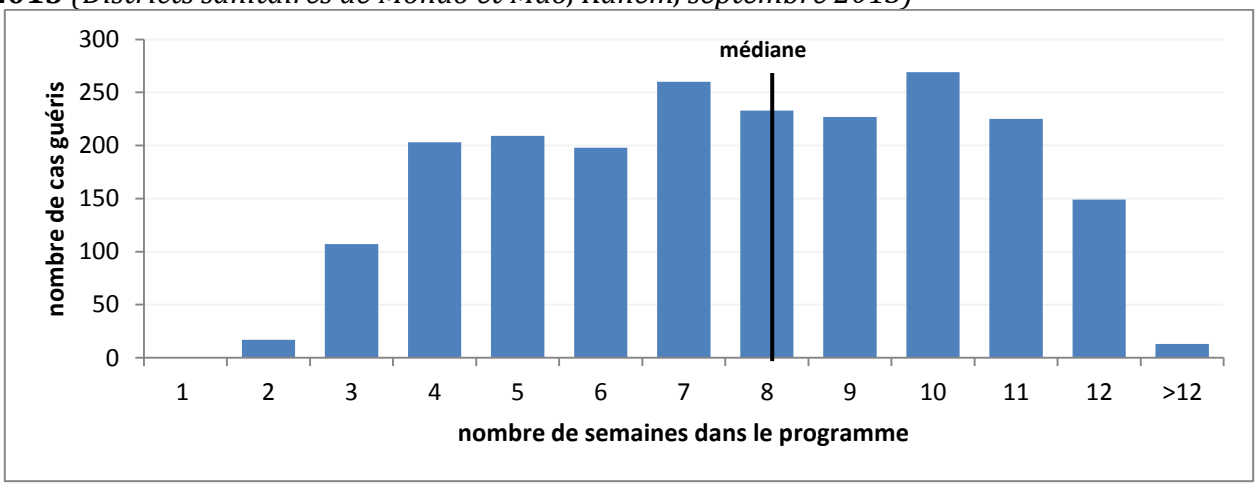
Table 5 : Périmètre brachial lors de la dernière visite pour les cas de non-répondants CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

Périmètre brachial lors de la dernière visite (mm)	PB < 115	115-125	> 125
Nombre d'abandons	44	170	53
%	16%	64%	20%

4.1.7 Déchargés guéris

L'analyse de la distribution des durées de séjour pour les cas déchargés guéris révèle une médiane à 8 semaines (figure 10), ce qui signifie que les enfants restent longtemps dans le programme avant d'être déclarés guéris. Ceci constitue un facteur négatif pour la couverture : les longues durées de séjour suggèrent en effet un traitement peu efficace et favorisent les situations d'abandons.

Figure 10 : Distribution de la durée de séjour des cas guéris en CNA de janvier à août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



4.1.8 Activités communautaires

Le tableau 6 ci-dessous indique pour les villages situés entre 0 et 5 km des centres de santé une augmentation du nombre de relais communautaires durant les deux mois (juillet et août 2013) de la reprise des activités de mobilisation communautaire. Le nombre des enfants dépistés et référés a lui aussi augmenté. Cette performance est à mettre en lien avec le système de motivation financière des RC mis en place dans le cadre de la nouvelle approche de mobilisation communautaire.

Les villages situés au-delà de 5 km des Centres de Santé (CDS) bénéficient également de séances de dépistage de masse, mais celles-ci sont ponctuelles et on constate une baisse du nombre d'enfants dépistés pour ces villages entre juillet et août.
La proportion de cas MAS référés et arrivés au Centre de Santé est passé de 68 à 71% soit une augmentation progressive de 3% et celle des admis est passée de 64% à 68% en Aout 13.

Les progrès observés sont à relativiser dans la mesure où ils ne concernent qu'une partie des villages. La qualité des données du réseau communautaire dans le centre de santé reste aussi une question essentielle : les tickets de référence ne sont pas toujours collectés, les registres de CPE ne sont pas correctement remplis et l'origine de la référence n'est pas toujours systématiquement demandée aux mères.

Tableau 6 : Indicateurs du dépistage actif en juillet et août 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

	Juillet 2013	Août 2013
Nombre de RC	169	295
Nb dépistés 0-5 km	5065	9987
Nb dépistés >5 km	3527	2641
Référés et arrivés	68%	71%
Admis/ arrivés	64%	68%

4.1.9 Coordination - Implication des personnes clés

Des progrès notables ont été constatés dans la coordination des activités entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge nutritionnelle (DRS, MCD, RCS….), permettant un meilleur échange d'information et une meilleure synergie d'action. Plusieurs réunions impliquant les autorités et les responsables des structures sanitaires ont été organisées à travers les comités directeurs, réunion de concertation avec les partenaires de districts. Des retours positifs sur ces cadres de coordination et de concertation ont été mentionnés au cours des entretiens réalisés.
Concernant les activités communautaires, le personnel des 20 centres de santé et les relais des villages situés dans les rayons de 0 à 5 km tiennent des réunions mensuelles et sont appuyés par les animateurs ACF de la mobilisation communautaire. Les réunions organisées permettent de collecter les données et de soutenir les relais et d'évaluer le niveau de réalisation de leurs activités. Cependant, il faut noter que certains RCS ne participent pas toujours aux réunions qui se déroulent les jours de prise en charge en raison de leur charge de travail élevée, d'où la nécessité de tenir les réunions en dehors des jours CNA. Les entretiens ont mis en évidence une appréciation positive des activités menées par la mobilisation communautaire, et une réelle motivation des relais, davantage impliqués que lors de la précédente SQUEAC. Malgré les progrès observés, plusieurs situations de préoccupation au niveau communautaire demeurent toujours parmi lesquelles :

- la situation des relais situés dans les zones au-delà de 5km
- le manque de collaboration relevé avec/par certains leaders communautaires qui crée un sentiment de frustration chez eux de ne pas se sentir suffisamment impliqués/ informés

des activités des relais communautaires, ce qui pourrait entrainer une insuffisance d'investissement de leur part dans la sensibilisation de leur communauté.

4.1.10 Connaissance et appréciation de la malnutrition et du traitement

Le traitement - le plus souvent connu souvent appelé « kilo » en référence à la balance utilisée pour peser les enfants - est apparu largement connu et apprécié pour son efficacité et sa gratuité, et ce même dans les villages éloignés des centres de santé, ce qui constitue un accomplissement positif pour la couverture. Les différents entretiens ont montré que les signes de malnutrition sont bien connus, mais que la compréhension de la maladie reste souvent inexacte et reliée au manque de nourriture ou aux croyances traditionnelles. D'autre part, il est apparu au cours de l'investigation qu'il n'y avait pas de terme commun utilisé par tous pour parler de la malnutrition, ce qui se retrouve au sein de l'équipe de mobilisation communautaire où des termes à connotation péjorative sont parfois employés (par exemple *« wolio »* en kanembou qui fait référence à un enfant mal entretenu en raison de problèmes sociaux ou familiaux)/

4.1.11 Barrières à l'accessibilité

Les principales barrières à l'accessibilité et raisons d'abandons sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Principales barrières à l'accessibilité identifiées au cours de l'analyse qualitative *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

Distance et insécurité	La distance reste une importante barrière, déjà relevée lors de la SQUEAC précédente. Les mères durant les entretiens font allusion aux longues distances parcourues à longueur de journée (chaleur /froid extrêmes) D'autre part, il a été rapporté dans plusieurs villages éloignés des problèmes d'insécurité dissuadant les mères des villages éloignés de se déplacer jusqu'au centre de santé, notamment si elles sont seules.
Méconnaissances liées à la malnutrition, croyances traditionnelles et automédication	Le recours au traitement traditionnel (scarification, extraction des dents, ablation de la luette, brulures de l'anus ou du ventre) ou au Dr Choukou (vendeur de médicaments) reste très ancré dans les pratiques locales, induisant un recours tardif au traitement et/ou de possibles complications lorsqu'il est conduit en parallèle. Le programme n'a pas défini pas de stratégie claire de communication avec les tradipraticiens. Un entretien mené avec l'un d'eux a révélé une perception positive du traitement - qui avait permis de guérir son propre fils - ce qui pose la question de la collaboration possible pour des référencements.
Différences de traitement entre les RC<5km et les RC>5km	Les conséquences de la barrière que constitue la distance sont majorées par le recentrage des activités communautaires sur les villages <5km au détriment des villages éloignés. Au cours de l'investigation, il a été constaté dans certains villages éloignés la présence des relais mais très peu d'entre eux exercent convenablement les activités au sein de la communauté et attendent les évènements de dépistages - dont la périodicité est prévue à raison d'un seul dépistage par village au cours du projet -, et le plus souvent ne conduisent pas de visites à domicile. Les entretiens ont révélé une frustration des relais de ces villages qui ne perçoivent pas de motivation financière mensuelle et ne bénéficient ni des supervisions ou des formations, alors que dans un passé récent, ils étaient

	logés à la même enseigne
Indisponibilité des mères	La garde des autres enfants restant au domicile, les travaux champêtres et les cérémonies de baptême, mariages, funérailles, décès (occasionnant parfois des voyages d'une à deux semaines) ont été à plusieurs reprises cités par les mères pour expliquer un recours tardif au traitement, des absences ou un abandon.
Problèmes liés au rejet	Le problème des rejets, déjà souligné lors des précédentes SQUEAC, a à nouveau été évoqué à plusieurs reprises au cours des entretiens avec les mères et les relais communautaires. Il concerne notamment les cas d'enfants de plus de 6 mois mais de moins de 65 cm rejetés en raison de leur taille. Un cas de non-répondant récemment déchargé et à nouveau référé suite à un dépistage mais non réadmis a également été observé. D'autre part, la frustration infligée aux mères par les volontaires au poste du triage sans aucune information sur le pourquoi des rejets les amènent à contester la qualité du dépistage des relais.
Sensibilisation sur le traitement insuffisante	D'une manière générale, la sensibilisation sur l'utilisation et l'observance du traitement est apparue insuffisante, tant au niveau des centres de santé que de la communauté. L'ATPE reste largement perçu en premier lieu comme une denrée alimentaire, les situations de partage sont fréquentes, et les plaintes rapportées au sujet de diarrhées ou de vomissements avec l'ATPE suggèrent des conditions d'administration non appropriées.
Impact négatif de la perception du traitement MAM	Les entretiens et groupes de discussion ont révélé une perception parfois négative du traitement de la malnutrition modérée, en raison des fréquentes ruptures de stock d'une part, ou d'une expérience négative avec le traitement (diarrhées, vomissements lors de l'utilisation des farines enrichies, souvent par manque de sensibilisation sur les conditions d'utilisation). Cette perception négative influe sur la couverture dans la mesure où elle limite le recours au centre de santé pour les cas dont le statut nutritionnel s'est parfois détérioré.

4.2 ÉTAPE 2 : VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES SUR LES ZONES DE COUVERTURE FAIBLE OU ÉLEVÉE – ENQUÊTES SUR PETITES ZONES

4.2.1 Enquête sur petite zone

Sur la base des informations qualitatives et quantitatives collectées au cours de la première étape, les hypothèses suivantes ont été formulées :

- La couverture est probablement plus élevée dans les zones de 0 à 5km des centres de santé, où l'on note une motivation financière et un accompagnement des relais communautaires, et qui sont couvertes par des CNA offrant une qualité du suivi individuel en consultation (temps accordé à la consultation, traitement systématique, personnel qualifié).
- La couverture est probablement plus faible dans les zones de plus de 5 km des centres de santé, où il n'existe pas de de motivation financière ni d'accompagnement soutenu des relais (pas de réunions mensuelles, formations, supervisions), et qui sont couvertes par des CNA où la qualité du suivi individuel des bénéficiaires fait défaut.

Un effectif de 16 villages a été sélectionné selon les critères présentés dans le tableau 8 afin de tester ces hypothèses sur les zones de couverture faible ou élevée au moyen d'enquêtes sur petites zones.

Tableau 8 : Critères de sélection pour les zones de couverture plus élevée et les zones de couverture plus faible *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

	ZR	Villages	Critères
Zones de couverture plus élevée	BESSA TOULA WADJIGUI	Massarde Delibé Tchila, Kokodinga Andra Afona I, Tcharaye , LalaneII	• Village situé dans les zones 0-5 km du CdS, avec motivation financière et accompagnement des relais communautaires, • Village couvert par un CNA offrant une qualité du suivi individuel des beneficiares
Zones de couverture plus faible	MOURZOUGUI AMDOBAK KEKEDINA	Bitinoukou, Waga Djoudoul , Gonirikonkia Yiry Bouloussou, Allomy 1, 2 et 3	• Village situé dans les zones >à 5km du CdS, sans motivation financière ni accompagnement des relais communautaires, • Village couvert par un CNA où la qualité du suivi individuel des bénéficiaires fait défaut

Les résultats sont présentés dans le tableau 9 :

Tableau 9 : Résultats de la recherche actie - enquêtes sur petites zones *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*

Zones de couverture plus élevée	Nombre total de cas MAS actuels	13	
	Cas MAS couverts	5	
	Cas MAS non couverts	8	▪ Accompagnante occupée/ pas le temps (2) ▪ L'enfant d'autres a été rejeté (2) ▪ Ruptures CNS ▪ Long temps d'attente + quantité donnée en CNS trop petite ▪ Déchargé du programme (2) ▪ Mère était en voyage
	Cas en voie de guérison	6	
Zones de couverture plus faible	Nombre total de cas MAS actuels	8	
	Cas MAS couverts	3	
	Cas MAS non couverts	5	▪ Méconnaissance signes malnutrition (2) ▪ Distance/ manque de moyen de déplacement/ accompagnant n'a pas le temps (3) ▪ Insécurité
	Cas en voie de guérison	1	

L'analyse des résultats a été réalisée au moyen de la méthode LQAS simplifiée (Lot Quality Assurance Sampling) afin d'obtenir une classification de la couverture par rapport à une valeur de référence de 35% correspondant à l'estimation de la couverture obtenue lors de la précédente SQUEAC (tableau 10). La règle de décision a été calculée selon la formule suivante :

$$d = \left\lfloor n \times \frac{p}{100} \right\rfloor$$

n : nombre de cas trouvés
p : couverture standard définie pour la zone

Tableau 10 : Analyse des résultats des enquêtes sur petite zone – Classification de la couverture *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*

	Calcul de la règle de décision/ résultats		Déductions
Zone de couverture supposée plus élevée	Couverture recherchée (p)	35%	Nombre de cas MAS couverts (5) > règle de décision (4) Hypothèse de couverture élevée confirmée
	n	13	
	Règle de décision (d)	= n * (35/100) = 4,5 = 4	
	Cas MAS couverts	5	
Zone de couverture supposée plus faible	Couverture recherchée (p)	35%	Nombre de cas MAS couverts (3) > règle de décision (2) Hypothèse de couverture faible non confirmée
	n	8	
	Règle de décision (d)	= n *(35/100) = 2,8 = 2	
	Cas MAS couverts	3	

Les enquêtes sur petites zones ont permis de confirmer l'hypothèse sur les zones de couverture plus élevée formulée car le nombre de cas MAS couverts (5) trouvés est supérieur à la règle décision(4). Les facteurs énumérés pour cette hypothèse influencent positivement la couverture : en effet, il ressort de l'analyse des données que la plupart des cas couverts dans ces zones avaient été référés par les relais (4 cas sur 5). Les relais de ces ZR sont supervisés, formés et reçoivent une prime et donc sont actifs.
Cependant l'hypothèse de couverture faible n'est pas confirmée car le nombre de cas MAS couverts (3) trouvés est supérieur à la règle de décision (2). Toutefois il convient de mentionner que dans ces ZR, 2 des 3 cas couverts étaient venus de manière spontanée dans les centres de santé, ce qui va dans le sens d'activités de dépistage/ référencement moins soutenues.

4.2.2 Petite étude sur les Nomades

Il est apparu au cours de l'investigation que peu d'actions étaient mises en œuvre afin de toucher spécifiquement les populations nomades, ce qui pose la question d'une moins bonne couverture de ces communautés. Une petite étude sur la connaissance du programme a donc été réalisée auprès des communautés nomades présentes dans la zone à cette période. Plusieurs campements de nomades ont été visités, les mères rencontrées ont été interrogées sur leur connaissance de l'ATPE et des activités de dépistage. Il ressort de cette étude que 8 mères sur 10 enquêtées connaissaient l'ATPE, et 6 mères sur 10 connaissaient le ruban PB et son utilité. Il a été mentionné au cours des entretiens réalisés que les relais lors des dépistages sillonnent les ferricks pour dépister les enfants. Cette petite étude permet donc de conclure à une bonne connaissance de l'existence du programme dans les communautés nomades.

4.3 ÉTAPE 3 : ESTIMATION DE LA COUVERTURE GLOBALE

L'objectif de la troisième étape est de fournir une estimation de la couverture globale du programme en appliquant la théorie Bayésienne des probabilités.

4.3.1 Développement de la probabilité a priori

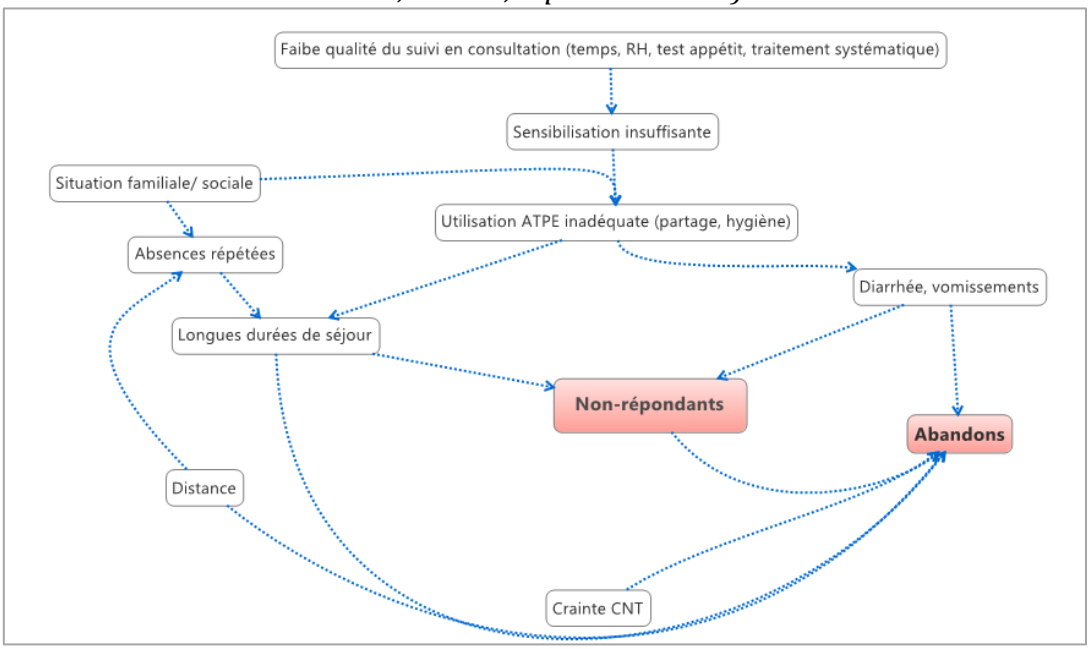
A cet effet, une *probabilité a priori* est tout d'abord développée : il s'agit d'une représentation statistique de la « croyance » que l'équipe d'investigation a pu développer sur le niveau de couverture à partir des facteurs positifs et négatifs identifiés au cours des étapes précédentes.

Ces facteurs ont été relevés et mis à jour tout au long de l'investigation à l'aide de l'outil BBQ (Barrières-Boosters-Questions), puis regroupés par catégories. La synthèse des facteurs positifs et négatifs est présentée dans le tableau 11. D'autre part, un schéma conceptuel des principales barrières identifiées au cours de l'investigation a été élaboré afin de mieux cerner leurs liens et leur impact (figure 11).

Table 11 : Facteurs positifs et négatifs influençant la couverture *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*

Facteurs positifs	Facteurs Négatifs
Volet communautaire	
▪ Redynamisation du volet communautaire 0-5 km (dépistage actif régulier, relais formés motivés, réunions mensuelles supervision formative)	▪ Différences de traitement entre RC >5 km et RC <5 km mal perçue et se traduisant par une démotivation/ baisse d'activité des relais des zones >5 km
▪ Programme connu et apprécié, gratuit et efficace	▪ Distance +/- insécurité
▪ Activités de sensibilisation CDS/Radio/chefs traditionnels => Références spontanées ++	▪ Indisponibilité des mères + barrières socioculturelles (travaux champêtres, travaux domestiques, cérémonies, mère malade ou enceinte, décision du mari)
▪ Connaissance améliorée des signes de malnutrition	
▪ Diminution des non-répondants avec les visites à domicile	▪ Recours tardif au traitement, en lien avec le recours de 1ère intention au traitement traditionnel/ automédication
	▪ Impact de la perception négative du traitement MAM (ruptures CNS++, manque de sensibilisation)
	▪ Impact négatif des rejets (taille <65cm, rejet des non répondants après dépistage…)
	▪ Taux élevé de non-répondants en lien avec des problèmes d'observance du traitement (partage/ conditions d'administration ATPE non adéquates, absences répétées, plaintes diarrhées vomissements)
Structures de santé	
▪ Satisfaction des bénéficiaires (conditions d'accueil, temps d'attente)	▪ Insuffisances dans la qualité de suivi (centres à forte affluence, qualité de la consultation, ruptures du traitement systématique, insuffisance dans la tenue des outils/collecte des données)
▪ Bonne réputation (Disponibilité ATPE, fréquentation hors zone)	▪ Transfert au CNT difficilement accepté (crainte, rupture d'aliments frais, absence de soutien familial)
	▪ Dépistage passif non systématique
	▪ Sensibilisation insuffisante au CDS
Coordination	
▪ Amélioration de la collaboration ACF/District sanitaire/RCS	

Figure 11 : Schéma conceptuel des facteurs influençant négativement la couverture *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



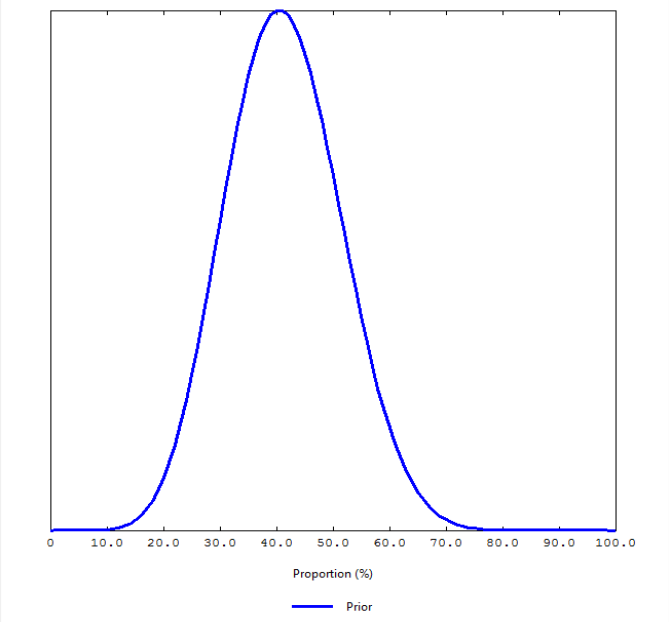
Un « poids » de 1 à 5 a été attribué par l'équipe à chacun des facteurs positifs et négatifs en fonction de leur impact présumé sur la couverture. La somme des points a ensuite été faite pour chacune des catégories. Le total des points des facteurs positifs a été additionné à la couverture minimale (0%), et le total des points des facteurs négatifs a été soustrait de la couverture maximale (100%). Le point médian entre ces deux totaux correspond au mode de la *Probabilité a Priori*.

L'équipe d'investigation a été séparée en 2 groupes pour cet exercice, les résultats de chaque groupe ont ensuite été mis en commun, discutés et réajustés. Le mode a finalement été calculé en faisant la moyenne des résultats de chaque groupe :

- Groupe 1 : 42,5%
- Groupe 2 : 40%

L'exercice a abouti à une *probabilité a priori* de 41,25% (mode). La distribution de la *Probabilité a Priori* a ensuite été traduite sous forme de courbe à l'aide de la calculatrice de Bayes. La distribution de la *Probabilité a Priori* a été discutée en équipe et représentée sous forme d'histogramme, puis traduite sous forme de courbe à l'aide de la calculatrice de Bayes. Le mode (41,25%) et la distribution (α= 9,5 ; β= 13,5) de la P*robabilité a priori* sont représentés sous forme de courbe à la figure 12, produite au moyen de la calculatrice de Bayes.

Figure 12 : Représentation graphique de la *Probabilité a priori* *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



4.3.2 Construction de l'Evidence Vraisemblable : enquête sur grande zone

En complément de l'analyse des données qualitatives et quantitatives, une enquête sur grande zone a été menée dans 55 villages répartis à travers les 21 zones de responsabilité de la zone cible, et sélectionnés au moyen de la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié. La taille d'échantillon souhaitable obtenue avec la calculatrice de Bayes était de 40 pour une précision de 12%.

Au total, 54 cas MAS actuels ont été recensés pendant l'enquête. Les résultats sont présentés dans le tableau 12:

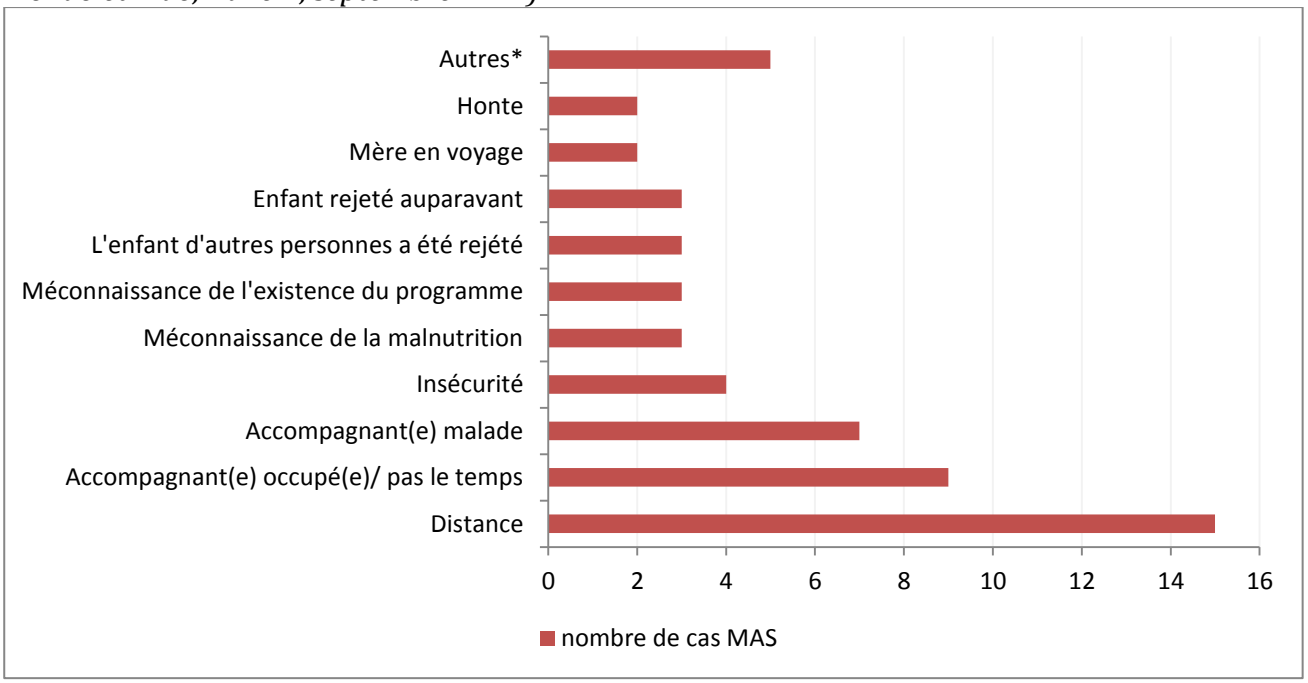
Tableau 12 : Résultats de l'enquête sur grande zone *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*

Type de cas	Nombre de cas
Nombre total de cas de MAS actuels	**54**
Nombre de cas MAS actuels couverts par le programme	**18**
Nombre de cas MAS actuels non couverts par le programme	**36**
Nombre de cas en voie de guérison couverts par le programme	**22**

L'analyse des questionnaires administrés aux accompagnants des cas non couverts apporte un éclairage supplémentaire sur les barrières à l'accessibilité.
La connaissance des signes de malnutrition et de l'existence du programme apparaissent relativement bonnes : en effet, sur 36 cas non couverts identifiés lors de l'enquête, seuls 3 ne reconnaissaient pas les signes de malnutrition et 3 ne connaissaient pas l'existence du programme.
Parmi les raisons évoquées par les mères pour expliquer le défaut de prise en charge (figure 13), la plupart ont fait allusion à la distance, qui était également la raison principale

évoquée lors de la précédente SQUEAC. L'indisponibilité des mères, le manque d'une personne pour assurer la garde des autres enfants, l'insécurité, sont autant de facteurs qui influencent négativement l'accès aux programmes de prise en charge de la malnutrition. La méconnaissance de la malnutrition ou du programme, le problème de rejet des enfants à cause de la taille sont également ressortis dans une moindre mesure.

Figure 13 : Cas non couverts - barrières à l'accès au traitement *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre 2013)*



*Autres : croyance divine (1), pas de moyen de déplacement (1), temps d'attente trop long (1), mauvais accueil au CdS (1), jumeau dont le frère est inscrit en CNA (1)

4.3.3 Estimation de la couverture globale : Probabilité a Posteriori

La couverture actuelle, déjà utilisée lors de la précédente SQUEAC a été considérée comme étant l'indicateur le plus approprié pour refléter la couverture globale du programme, en raison notamment de la focalisation des activités communautaires sur les villages situés à moins de 5 km des CdS, qui ne permet pas de garantir un dépistage optimal[7]..
Les données de l'enquête sur grande zone sont utilisées pour calculer *l'Evidence Vraisemblable* selon la formule suivante :

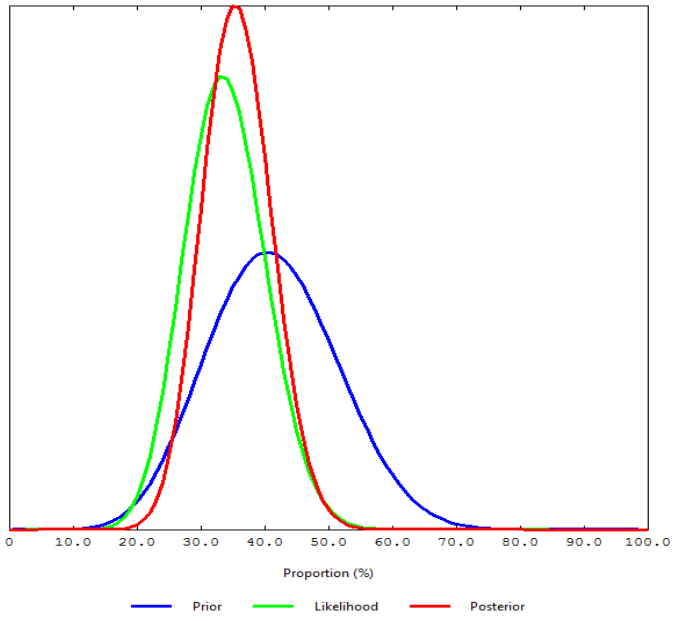
$$\frac{\textit{Nombre de cas MAS actuels couverts par le programme}}{\textit{Total des cas de MAS actuels (couverts et non couverts)}}$$

Le numérateur (18) et le dénominateur (54) sont saisis dans la calculatrice de Bayes pour aboutir à l'estimation de la couverture actuelle.

[7] La méthodologie SQUEAC recommande l'utilisation de la couverture actuelle comme estimateur de la couverture pour les programmes n'ayant pas un système de recherche et de recrutement des cas optimal. La couverture actuelle représente le niveau de couverture au moment de l'enquête et inclut uniquement les enfants qui présentent des critères de malnutrition aiguë sévère au jour de l'enquête, sans inclure les cas en voie de guérison (enfants avec PB>115 mm qui sont toujours dans le programme).

Sur la base de la *Probabilité a Priori* et des données de l'enquête (*Evidence Vraisemblable*), **la couverture actuelle est de 35,3% [IC 95% : 25,5% - 46,7%].** La représentation graphique de la couverture actuelle est présentée dans le graphique suivant (figure 14).

Figure 14 : Représentation graphique de la couverture actuelle – Probabilité a Priori (Prior), Evidence Vraisemblable (Likelihood) et Probabilité a Posteriori (Posterior) *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem, septembre-octobre 2013)*



5 DISCUSSION

Les résultats préliminaires aboutissent à **une estimation de la couverture actuelle de 35,3% [IC 95% : 25,5% - 46,7%]** et sont donc inférieurs aux standards SPHERE définissant un minimum de couverture de 50% en milieu rural. L'existence d'un chevauchement entre les courbes indique l'absence de conflit entre la *Probabilité a Priori* et *l'Evidence Vraisemblable,* confirmé par le test statistique z (z=0,58, p=0,5612).

La précédente SQUEAC avait été réalisée sur l'ensemble des zones de responsabilité des districts de Mao et Mondo - y compris celles non appuyées par ACF - alors que celle-ci ne concerne que les zones appuyées par ACF. Bien que ceci limite la comparaison des résultats, le niveau de couverture apparaît similaire aux précédentes SQUEAC.

Tableau 12 : Résultats des évaluations SQUEAC réalisées en 2010, 2011, 2012 et 2013 *(Districts sanitaires de Mondo et Mao, Kanem)*

	Déc. 2010[8]	Sept. 2011	Août 2012	Janv.-Fév. 2013	Sept. – Oct. 2013
Zone cible	CNA appuyés et non appuyés par ACF				CNA appuyés par ACF
Couverture actuelle	**27,1%** [IC 95% : 16,5%-39,9%]	**36,4%** [IC 95% : 26,9%-47,1%]	**37,6%** [IC 95% : 27,6%-48,5%]	**37,5%** [IC 95% : 28,1%-47,8%]	**35,3%** [IC 95% : 25,5% - 46,7%]

L'investigation a permis de noter d'importants progrès sur la connaissance des signes de malnutrition et de l'existence du traitement au sein de la communauté, y compris dans les zones éloignées. Leur impact reste cependant limité par d'importantes barrières.

En effet, le faible niveau de couverture à mettre en lien avec les importants défis auquel est confronté le programme : la stratégie de mobilisation communautaire a été réorientée récemment, et bien que des effets positifs aient pu être notés au cours de l'évaluation, ceux-ci sont encore très récents et leur impact est limité par la focalisation de l'appui d'ACF sur les villages du rayon 0-5 km dans une première phase. Dans un contexte marqué par un recours au traitement traditionnel toujours très ancré et par l'éloignement de nombreux villages par rapport au centre de santé – notamment pour les gros CNA tels que Kekedina et Amdobak -, la distance associée à la démotivation des relais des villages situés au-delà de 5 km reste une importante barrière. Ces zones difficiles d'accès ne sont par ailleurs pas couvertes par les radios locales ce qui limite la diffusion des messages de sensibilisations initiée par ACF.

Le programme souffre par ailleurs de taux de « non-réponse au traitement » élevés, en lien avec un manque de sensibilisation sur les conditions d'utilisation de l'ATPE, et ce notamment dans les centres à forte affluence où la qualité du suivi en consultation apparaît insuffisante. L'arrêt des activités SMPS constituent à ce titre un handicap : la précédente SQUEAC avait montré que ce volet contribuait efficacement à la sensibilisation des mères des enfants potentiellement non répondant à travers les focus de groupe et les entretiens individuels réalisés les jours de CNA. Le système de visites à domicile récemment mis en place pour ces cas à travers le réseau communautaire se révèle efficace, mais il est récent et est limité aux

[8] Toutes les SQUEAC réalisées portent sur la même zone ; cependant, les districts de Mao et Mondo ne formaient qu'un seul et même district sanitaire jusqu'en 2011 (District de Mao)

villages de moins de 5 km des centres de santé. Ceci demanderait à être renforcé par une meilleure stratégie de sensibilisation sur le sujet et par une extension aux villages situés au-delà de 5 km.

Malgré des efforts entrepris du point de vue de la prise en charge, des défis demeurent : le dépistage passif systématique n'est pas effectif, et les lacunes observées au niveau des différents postes (anthropométrie, consultation, test de l'appétit, séances d'IEC) sont autant de facteurs qui contribuent à de longues durées de séjour et ont un impact négatif sur la couverture. Le problème des rejets constitue également un important facteur de découragement limitant la détection précoce des cas : la plupart des enfants présentant un âge supérieur à 6 mois mais une taille de moins de 65 cm ne sont pas admis dans le programme, sans aucune orientation donnée à la mère.

Au total, depuis son démarrage le programme est confronté à de faibles résultats de couverture, en lien notamment avec les défis du réseau de mobilisation communautaire et de la qualité de prise en charge. Ces défis appellent des actions spécifiques et innovantes en vue d'améliorer la couverture. L'extension de la stratégie de mobilisation communautaire apparaît primordiale. Face au problème des distances, les possibilités de décentralisation de la prise en charge doivent être envisagées, notamment dans les zones de responsabilité les plus mal desservies (Amdobak, Kekedina). En parallèle, les actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge devront se focaliser plus particulièrement sur les centres à forte affluence et/ ou identifiés au cours de l'investigation comme présentant des faiblesses particulières (Mao Mosquée, Mao Centre, Mourzigui..).

6 RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE	QUI
Renforcer la couverture et l'efficacité des activités de sensibilisation, de dépistage et de suivi des cas MAS dans la communauté, notamment dans les zones éloignées	- Mettre à jour la liste des relais de plus de 5 km et redynamiser ce réseau à travers l'organisation de formations, supervisions et réunions de suivi - Harmoniser le système de motivation entre les RC >5 km et ceux RC <5 km. - Identifier le parcours des nomades et former un relais au sein du groupe pour le dépistage et le référencement des cas MAS /MAM - Plaidoyer pour une intégration du dépistage de la malnutrition dans le paquet des activités de stratégies avancée de vaccination - Plaidoyer auprès des autorités administratives, coutumières et sanitaires vis à vis des engagements pris lors des journées de concertations - Appuyer l'organisation de réunions communautaires en vue d'impliquer les autorités locales et les hommes les tradipraticiens - Intégrer le volet communautaire lors des supervisions conjointes avec le district	Mobcom, DRS et districts, PEC Nut, CT
Améliorer la qualité de la prise charge, notamment dans les centres à forte affluence	- Plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour l'implication systématique de personnel qualifié pour la consultation des enfants MAS - Fractionner les jours de CNA (3 jours par semaine) ou affecter du personnel supplémentaire dans les gros centres afin de réduire le nombre d'enfants vus par jour en consultation - Clarifier les critères d'admissions pour les enfants de plus de 6 mois ayant un PB rouge et une taille <65 Cm, faire plutôt référence à l'âge de l'enfant qu'à sa taille - Impliquer les RCS dans le suivi des enfants potentiellement non-répondants et des abandons à travers le réseau communautaire, et les inciter à proposer les transferts CNT pour les cas qui le nécessitent - Mettre l'accent lors des visites d'appui sur la tenue effective et la qualité des activités de sensibilisation (accueil° et test d'appétit)	PEC Nut, DRS et districts, Mobcom, COSAN/COGES
Faciliter l'accès au traitement pour les populations des zones éloignées	- Envisager avec les COSAN/ COGES la mise en place de charrettes pour faciliter le transport des enfants vers les centres de + de 10 km - Organiser des activités de stratégie avancée (CNA mobiles) pour les zones particulièrement éloignées des structures sanitaires (Kekedina, Amdobak)	Mobcom, Districts, COSAN /COGES, PEC Nut
Recommandations pour la prochaine SQUEAC	- Actualiser la cartographie des villages, distances et relais par zones de responsabilités tout en tenant compte du découpage administratif des régions à jour et des sites de vaccination - Programmer en amont de l'évaluation la participation de membres des districts et/ ou de la DRS pour l'ensemble des étapes de l'évaluation	Mobcom, PEC Nut, Districts

ANNEXE 1 : L'EQUIPE D'EVALUATION

Equipe d'investigation

- Uwimana Sebinwa – Référente Technique, Projet CMN
- Zigro Lardoum – Adjoint du Chef du Département Nutrition/Santé, Tchad
- Kouadjo Celestin – médecin Nutrition santé CNT, Kanem
- Sahabi Moussa Sanoussi - stagiaire Nutrition Mao
- Abakar Mahamat Sedick point focal Nutrition DRSK

Equipes d'enquêteurs pour les enquêtes sur petites et grandes zones

- Ali Brahim, enquêteur
- Ahmat Souleymane Djarma, enquêteur
- Abakar Adam Souleymane, enquêteur
- Mahamat Tibé Amos, enquêteur
- Mahamat Ahmat Seid, enquêteur
- Kakai Mahamat Zaid, enquêtrice
- Mahamat Adoum Saad, enquêteur
- Khadidja Henri, enquêtrice
- Hadji Ardo Mallaye, enquêteur
- Brahim Mahamat, animateur mobilisation communautaire
- Tornan Valéry, chargé CNA-CNS

ANNEXE 2 : CHRONOGRAMME

Etapes	Activités	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Préparation enquête	Collecte des données par les chargés CNA/ CNS	X	X	X	X	X																					
1	Arrivée experte CMN à N'Djamena									X																	
	Voyage N'Djamena- Mao											X															
Analyse données quantitatives/ collecte données qualitatives	Revue Documentaire - Analyse des données de routine										X	X															
	Introduction à la méthodologie SQUEAC et analyse des données de routine												X		X												
	Collecte de données qualitatives (entretiens) structures de santé et communauté													X		X	X										
2	Formation enquêteurs																	X									
Enquêtes sur petites zones	Enquêtes sur petites zones																	X	X								
3	Synthèse des données BBQ/ Elaboration de la probabilité a priori																			**X**	**X**						
Enquête sur grande zone	Echantillonage/ prépa enquête sur grande zone																				**X**	**X**					
	Enquête sur grande zone																						X	X	X	X	X
	Retour experte CMN sur N'Djamena																							X			

ANNEXE 3: FORMULAIRE POUR LA COLLECTE DES DONNEES DE DEPISTAGE

SQUEAC : Fiche de collecte des données **Région sanitaire : _____** **District sanitaire : _____**

ZR : _____ Village : _____ N° village: _____ Équipe: _____ Date : _____

Village couvert par un relais : ☐ Oui ☐ Non Si Oui => Relais présent : ☐ Oui ☐ Non Distance au CdS : _____

	Nom et Prénom de l'enfant	Age (Mois)	Œdème (+, ++, +++)	PB (mm)	Cas MAS	Enfant MAS **Couvert**	Enfant MAS **Non-couvert**	Enfant en **Voie de Guérison**	Référé par (mob com, spontané)	Vérification Carnet/ ATPE (cocher)	Notes
1										☐ carnet ☐ ATPE	
2										☐ carnet ☐ ATPE	
3										☐ carnet ☐ ATPE	
4										☐ carnet ☐ ATPE	
5										☐ carnet ☐ ATPE	
6										☐ carnet ☐ ATPE	
7										☐ carnet ☐ ATPE	
8										☐ carnet ☐ ATPE	
9										☐ carnet ☐ ATPE	
10										☐ carnet ☐ ATPE	
11										☐ carnet ☐ ATPE	
12										☐ carnet ☐ ATPE	
13										☐ carnet ☐ ATPE	
14										☐ carnet ☐ ATPE	
15										☐ carnet ☐ ATPE	
Total											

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE POUR LES ACCOMPAGNANT(E)S DES CAS NON COUVERTS

Village/ quartier enquêté : _____ Zone de responsabilité : _____
Date : _____ Numéro de grappe : _____ Numéro d'équipe : _____
Nom complet de l'enfant : _____

1. DE QUELLE MALADIE SOUFFRE VOTRE ENFANT ? _____
Yalli nouma gour houma ini ?

2. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE VOTRE ENFANT EST MALNOURRI ?
Yali nouma weledé gor hananingra ?
 OUI NON

3. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN PROGRAMME QUI PEUT AIDER LES ENFANTS MALNOURRIS ?
Ama gourka yal ya weli-ada tourkui tiga hananingra
 OUI NON (→ stop !)
Si oui, quel est le nom du programme ? *Ama ini qé ?* _____

4. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS AMENÉ VOTRE ENFANT EN CONSULTATION AUPRÈS DE CE PROGRAMME ?
Ndja yali nouma koudoum rayin tenna ?

Ne pas lire les réponses à la personne interrogée. Cocher la case correspondante après chaque réponse donnée et relancer la personne en demandant « Y a-t-il d'autres raisons ? ». Plusieurs cases peuvent être cochées.

Réponses	**Cocher**	**Notes**
Trop loin (distance en km ? ____ combien d'heures ? ____)		
Je n'ai pas le temps/ trop occupée		
La mère/ l'accompagnant est malade		
L'enfant est dans le programme CNS		
La mère a honte d'aller dans le programme		
Je dois être référé par quelqu'un et il n'y a personne pour le faire		
Il n'y a personne d'autre dans la famille qui pourrait s'occuper des autres enfants		
Le personnel du centre de santé réclame de l'argent		
L'accueil par le personnel du centre est mauvais		
Le temps d'attente est trop long		
L'enfant a été rejeté auparavant. Quand ? (période approximative) ____		
L'enfant d'autres personnes a été rejeté		
Mon mari/ ma famille a refusé		
L'accompagnant(e) ne pense pas que le programme peut aider l'enfant (il/ elle préfère la médecine traditionnelle, etc.)		
Autres raisons (détailler)		

5. EST-CE QUE L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ ADMIS DANS LE PROGRAMME CNA ? *Yalinoma PlimPlim gouen tchida ?*
 OUI NON (→ stop !)
 Si oui, pourquoi n'est-il plus inscrit actuellement ? *Ounou ndja drobénna ?*
 Abandon : Quand *(Youm nah)*? _____Pourquoi *(Ini djirkan)* ?_____
 Guéri et déchargé du programme : Quand ? _____
 Déchargé parce que l'enfant ne guérissait pas : Quand ? _____
 Autres : _____

Remercier l'accompagnant et référer l'enfant au CNA le plus proche